

1 Einleitung

1.1 Problembeschreibung und Motivation

„Bis vor wenigen Jahrzehnten wurde Frauen und Männern mit einer psychischen Erkrankung das Recht und die Fähigkeit auf Elternschaft abgesprochen, und sie verbrachten oftmals einen Großteil ihres Lebens in geschlossenen Anstalten. Erst ab den siebziger Jahren ermöglichten ein sich veränderndes Verständnis psychischer Erkrankung, verbesserte Medikamente, die Auslagerung der psychiatrischen Versorgung in die Gemeinde sowie ressourcenorientierte Behandlungsansätze diesen Menschen ein Leben in „normalen“ Bezügen. Gesellschaftliche Teilhabe, Arbeit, soziale Einbettung und Familie wurden zu wichtigen Bereichen sozialpsychiatrischer und sozialpädagogischer Rehabilitationsbestrebungen [...]. Immer mehr rücken auch die Kinder psychisch Erkrankter mit ihren ganz spezifischen Belastungen ins Bewusstsein der helfenden Disziplinen und der Forschung.“ (Lenz & Jungbauer 2008, S. 137). Aus diesem Grund ist die Entwicklung neuer Ansätze in Bezug auf die Kinder- und Jugendhilfe notwendig, welche auf die Besonderheiten und Schwierigkeiten der Lebenswelten von Menschen mit psychischen Erkrankungen abzielt. Denn Menschen mit psychischen Erkrankungen haben im Durchschnitt genauso häufig Kinder wie psychisch gesunde. (Vgl. Mattejat 2008 vgl. n. Schmutz 2010, S. 19). Dem 13. Kinder- und Jugendhilfebericht zu Folge sind „1,6 Mio. Minderjährige in Deutschland vom Erleben psychischer Krankheit bei einem oder bei beiden Elternteilen betroffen.“ (BMFSFJ 2009, S.108). Verlässliche Zahlen lassen sich dabei eher schwer ermitteln, da nicht alle Menschen, die unter einer psychischen Erkrankung leiden, eine entsprechende Behandlung in Anspruch nehmen.

Die Entscheidung für das Thema meiner Bachelorarbeit ergab sich hauptsächlich aus meinem Praxissemester beim Allgemeinen Sozialen Dienst des Jugendamtes Dresden und meiner nachfolgenden Tätigkeit bei Cobema - Institut für soziale Dienstleistungen, wo ich ambulante Hilfen nach §§27 ff. SGB VIII leiste. Sowohl während meines Praxissemesters als auch während meiner Tätigkeit bei Cobema betreute und begleitete ich Familien, in denen Elternteile von psychischen Störungen betroffen sind. Die Schwierigkeiten, welche sich dadurch für eine Jugendhilfemaßnahme ergeben, sind mir

in diesen Zusammenhängen sehr stark erfahrbar geworden. Oftmals gelingt es Eltern aufgrund ihrer psychischen Erkrankung nicht, die im Hilfeprozess entwickelten Handlungsalternativen dauerhaft in den Alltag zu integrieren. Bei der Charakteristik vieler psychischer Erkrankungen ist auf lange Zeit gesehen keine Stabilität möglich. Die psychische Verfassung der Eltern kann nur durch oftmals langwierige psychotherapeutische Maßnahmen verbessert werden, nicht aber durch die sozialpädagogische Familienhilfe. Aus diesem Grund ist ein Paradigmenwechsel notwendig, der seinen Blickwinkel deutlich auf die Kinder richtet. Denn gerade die Kinder sind Symptomträger von Krisen bzw. der Ohnmacht, welche durch die psychische Erkrankung der Eltern im System Familie ausgelöst wird. Somit besteht das Risiko einer nachhaltig beeinträchtigten seelischen und auch psychischen Entwicklung der Kinder.

Während meines Praktikums erlebte ich immer wieder, dass die Stabilität, die in einer zeitlich befristeten, ambulanten Hilfe geschaffen wurde, wieder zusammenbricht, sobald die Hilfe abgesetzt wird. Diese Beendigung kann somit eine erneute Krise auslösen. Die ambulante Hilfe wird dann oftmals als gescheitert betrachtet und es wird nach einer neuen Lösung gesucht. Der nächste Schritt ist dann häufig eine Fremdunterbringung der Kinder und das Familiengefüge bricht auseinander.

Ambulante Hilfen mit üblichem Umfang und Inhalt können oftmals keine nachhaltige Verbesserung im Familiensystem erreichen. Die Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH) ist zum Beispiel eine pädagogische Dienstleistung, die sich auf die gesamte Familie richtet. Es besteht die Erwartung, dass die Familie durch die Betreuung und Begleitung die Fähigkeit zur Problemlösung und Alltagsbewältigung (wieder) gewinnt. In den meisten Fällen bedarf es hierzu einer längeren Zeitspanne. Die durchschnittliche Betreuungsdauer betrug 2006 allerdings nur 16 Monate. Immerhin dauerten 20% der Hilfen länger als 2 Jahre (Vgl. Münster, Meysen & Trenzcek 2009, S. 299). Eine in Umfang und Setting auf den jeweiligen Bedarf der Familie ausgerichtete Hilfe wäre angebracht, um das Erreichte nicht durch eine zu frühe Beendigung der Maßnahme zu gefährden (Vgl. Schone & Wagenblass 2006, S. 149).

1.2 Intention und Aufbau der Arbeit

Ich richte den Fokus dieser Arbeit auf die Patienten in ihrer Funktion als Eltern und weniger auf den Aspekt, dass nur die Kinder von psychisch Kranken Hilfe benötigen. Was angeboten werden muss, um ihnen das „Eltern-Sein“ zu ermöglichen, wie ein Entzug des Sorgerechts verhindert werden kann und welche Perspektiven es gibt, sind wichtige Punkte, welche in dieser Bachelorarbeit erforscht werden sollen. In meiner Arbeit gehe ich von chronischen Erkrankungen aus, welche langfristig gesehen keine grundlegende Besserung in Aussicht haben. Im ersten Abschnitt werde ich die für diese Arbeit relevanten psychischen Erkrankungen kurz vorstellen und sie im Bezug zur elterlichen Rolle betrachten. Um herauszufinden, welche Auswirkungen eine psychiatrische Diagnose auf die Betroffenen und ihr soziales Umfeld hat, setze ich mich im nächsten Kapitel mit der Stigmatisierung psychisch kranker Menschen auseinander.

Die Tatsache, dass eine psychische Erkrankung nicht nur für die Betroffenen selbst eine sehr schwierige Lebensphase ist, sondern die gesamte Familie dadurch aus dem Gleichgewicht geraten kann, soll im empirischen Teil dieser Arbeit deutlich gemacht werden. Anhand eines Interviews soll skizziert werden, wie sich eine psychische Erkrankung auf das Familiensystem auswirkt, insbesondere auf das emotionale Klima in der Familie. Daneben stellt sich die Frage, inwieweit dabei spezifische Belastungen für Kinder entstehen. Warum viele betroffene Familien in einer Isolation leben und welche negativen psychosozialen Konsequenzen, als Resultat bestehender gesamtgesellschaftlicher Prozesse, sie fürchten, soll ebenfalls in diesem Kontext diskutiert werden.

Im Kapitel 5 werde ich ein bestehendes Hilfsangebot näher erläutern und anschließend kurz auf die rechtliche Situation eingehen. Während dieser Arbeit orientiere ich mich an dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit bzw. dem Vorrang öffentlicher Hilfen (§1666a BGB), welcher besagt, dass die Maßnahme einer Fremdunterbringung der Kinder nur zulässig ist, wenn die Gefahr nicht auch durch eine ambulante Hilfe abgewendet werden kann. Lebensweltorientierte Hilfeangebote sind aus sozialpädagogischer Sicht besonders wichtig. (Vgl. Münder, Meysen & Trenczek 2009, S. 267).

Was muss grundlegendes getan werden, um die Situation der betroffenen Familien langfristig zu verbessern? Auf diese Frage werde ich mich explizit im letzten Abschnitt meiner Arbeit beziehen.

2 Exkurs: Relevante psychische Störungsbilder im Überblick

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit der Frage: „Was ist eine psychische Störung?“. „Mit dem Begriff der psychischen Erkrankung¹ werden erhebliche Abweichungen in Erleben und Verhalten eines Menschen beschrieben, die Krankheitswert haben. Dabei kommt es zu Veränderung im Denken, Fühlen und Handeln, unter denen der betroffene Mensch selbst leidet und/oder sein familiäres, berufliches und soziales Umfeld.“ (Schmutz, E. 2010, S. 17)

Psychische Störungen werden in den USA und in Europa auf Grundlage allgemein anerkannter Klassifikationssysteme – aktuell das DSM IV (diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen) oder das ICD 10 (internationale Klassifikation von Krankheiten der Weltgesundheitsorganisation, Dilling u. a. 1999) – bestimmt. Die Klassifikation erfolgt dabei auf Grundlage klinischer Beschreibungen, ausgehend von den Symptomen. Die auftretenden Symptome oder Verhaltensauffälligkeiten werden in diesen Klassifikationssystemen gewichtet nach Kriterien der Häufigkeit (Vgl. Schone & Wagenblass 2006, S. 31).

Im Folgenden werde ich die am häufigsten vorkommenden psychischen Erkrankungen kurz ausführen, um einen Einblick in die verschiedenen Störungsbilder erhalten zu können. Diese (Kurz-) Darstellungen erheben nicht den Anspruch, Krankheiten umfassend zu beschreiben. Sie haben vielmehr einen heuristischen Charakter, der es ermöglichen soll, eine Vorstellung über einzelne Störungen zu entwickeln. Damit möchte ich aufzeigen, mit welchen Verhaltensweisen die Kinder durch die elterliche Erkrankung konfrontiert werden. Ich werde nur die Erscheinungsformen beschreiben und teilweise Ursachen benennen, Behandlungsmöglichkeiten werden hier keine Beachtung finden. Was die Erkrankungen betrifft, so werden organische (körperlich begründbare) Psychosen im Zusammenhang mit dem Thema meiner Bachelorarbeit von vornherein ausgeklammert, da diese in der Beratung eher selten vorkommen (Vgl. Wiegand-Grefe, Halverscheid & Plass 2011, S. 45).

¹ Inzwischen wird an Stelle des Begriffs der Erkrankung eher der Begriff der Störung verwendet, um nach wie vor bedeutsamen Stigmatisierungsprozessen entgegen zu wirken. In Analogie zur Zielgruppenbezeichnung „Eltern mit psychischer Erkrankung“ wird aber der Begriff der Erkrankung weiter genutzt.

2.1 Eltern mit Suchterkrankungen (Substanzabhängigkeit)

Charakteristisch für eine Substanzabhängigkeit ist ein dominierendes Verlangen nach dem Konsum bestimmter psychotroper Substanzen. Neben dem unbezwingbaren Verlangen nach dem Suchtmittel besteht hinsichtlich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums ein Kontrollverlust. Durch das Suchtmittel wird vorübergehend eine als unbefriedigend oder unerträglich empfundene Situation scheinbar gebessert, somit flieht die abhängige Person in eine Scheinwelt. Durch die sich anschließende Ernüchterung durch die Konfrontation mit der Realität entsteht ein Teufelskreis, der die Abhängigkeit verstärkt (Vgl. Wiegand-Grefe, Halverscheid & Plass 2011, S. 45). Hierbei kann man zwischen psychischer und physischer Abhängigkeit unterscheiden. Darauf möchte ich jedoch in diesem Kontext nicht näher eingehen.

Die innerfamiliäre Dynamik in suchtbelasteten Familien ist häufig durch Unberechenbarkeit, Instabilität, Disharmonie, Missbrauch und Gewalt gekennzeichnet. Die Kinder leiden oft unter Vernachlässigung und inkonsistentem Erziehungsverhalten. Alles dreht sich um die Sucht des betroffenen Elternteils. Durch die Fokussierung des Denkens und Handelns auf das Suchtmittel, kommt es zur Vernachlässigung familiärer, sozialer und beruflicher Pflichten (Vgl. Hantel-Quitmann 1997, S. 224). Vor allem in drogenbelasteten Familien herrschen zusätzlich starke Ängste, finanzielle Nöte, Verzweiflungsgefühle, Suizidgedanken und Verfolgungsideen vor. Die genauen Auswirkungen der elterlichen Suchterkrankung auf die Kinder sind allerdings abhängig, wie stark die Kinder dem durch die psychotropen Substanzen veränderten Verhalten der Eltern ausgesetzt sind (Vgl. Wiegand-Grefe, Halverscheid & Plass 2011, S. 46 f.). Die Belastung der Kinder besteht in einer Kombination aus familiären Stressfaktoren und dem substanzbedingten Verhalten der Eltern (Vgl. ebd.).

2.2 Eltern mit Schizophrenie (schizotype und wahnhafte Störungen)

Schizophrene Psychosen sind schwerwiegende, seelische Störungen welche gekennzeichnet sind durch charakteristische, oft sehr vielgestaltige psychopathologische Bilder mit Wahn, Halluzinationen, Realitätsverlust, Stimmenhören, formale Denkstörungen, Ich-Störungen, Affektstörungen und psychomotorischen Störungen. Oft kommt es im Verlauf wiederkehrender Erkrankungsepisoden zur Ausbildung eines

chronischen Residualsyndroms (das heißt einer anhaltenden Beeinträchtigung) (Vgl. Wiegand-Grefe, Halverscheid & Plass 2011, S. 49). Im akuten Schub sind Gedächtnis, Intelligenz und Bewusstsein primär nicht gestört. Es kommt plötzlich oder schleichend zum Kontaktverlust mit der bisher vertrauten, normalen Welt und zum Einbruch einer fremdartigen, psychotischen Welt mit völlig neuen Erlebnissen (Vgl. Lingg & Theunissen 2008, S. 71). Es wird von multifaktoriellen Entstehungsbedingungen ausgegangen, bei denen neben dem Einfluss genetischer Faktoren exogene Faktoren zu einer erhöhten Vulnerabilität führen können, die eine Erkrankung wahrscheinlicher macht. Ungünstige psychosoziale Stressoren begünstigen bei vulnerablen Menschen die Manifestation einer akuten psychotischen Symptomatik, während individuell ausgeprägte Copingstrategien sowie umweltbedingte Schutzfaktoren die Manifestation der Erkrankung verhindern oder ihren Verlauf günstig beeinflussen können (Vgl. Wiegand-Grefe, Halverscheid & Plass 2011, S. 49 f.). Die Erscheinungsbilder der Schizophrenie sind vielfältig.

Da die Symptome sehr abweichend und im Widerspruch zu kulturell-akzeptierten Annahmen über unsere Realität zu sein scheinen, sind sie für Kinder betroffener Eltern umso schwerer nachvollziehbar (Vgl. Pretis & Dimova 2004, S. 135). Ein an Schizophrenie erkrankter Elternteil verhält sich in Augen seines Kindes scheinbar unsinnig (Vgl. ebd.). Weiterhin besteht die Gefahr, dass betroffene Eltern nicht auf die Bedürfnisse und Signale ihrer Kinder reagieren und sie dabei vernachlässigen. Sie reagieren in erster Linie auf ihre eigenen Wahrnehmungen und inneren Stimmen oder sie beziehen ihre Kinder in ihr Wahnsystem mit ein.

2.3 Eltern mit affektiven Störungen

Affektive Störungen sind durch eine krankhafte Veränderung der Stimmungslage charakterisiert, meist in Richtung einer Depression, einer Manie oder manisch-depressiver Episoden. Dabei macht das Spektrum der depressiven Erkrankungen den Hauptteil affektiver Störungen aus und gehört zu den häufigsten psychischen Erkrankungen (Vgl. Wiegand-Grefe, Halverscheid & Plass 2011, S. 53). Für die Manie sind eine zumeist gehobene, euphorische Stimmungslage, das Fehlen von Lebensängsten, eine kritiklos optimistische Sicht, psychomotorische Unruhe, Ideenflucht, Schlafverkürzung und Bewegungsdrang typisch. Die Kranken leiden unter

maßloser Selbstüberschätzung, neigen zu Kauflust bzw. riskanten bis ruinösen Geschäften, Größenwahn und sexueller Zügellosigkeit. Sie kommen in Konflikt mit ihrer Umgebung, welche sie zu korrigieren sucht.

Depressive Episoden sind durch den Verlust der Fähigkeit sich zu freuen, häufige Unruhe und Angst, Hemmung des Denkens Handelns und der Psychomotorik charakterisiert (Vgl. Lingg & Theunissen 2008, S. 77). Depressionserkrankte haben Rückzugs- und Vermeidungstendenzen und alltägliche Aufgaben und Anforderungen, wie z. B. Haushaltsführung werden als Überforderung erlebt. Die Gefühlswelt der Betroffenen ist geprägt durch Hoffnungslosigkeit, Sinnlosigkeit, Interessenlosigkeit, Freudlosigkeit und Wertlosigkeit. Ursache und Entstehung von affektiven Störungen sind multifaktoriell bedingt. Neben genetischen Faktoren und biologischer Disposition spielen je nach Art der depressiven Erkrankung psychoreaktive Faktoren zumindest im Sinne der Auslösung eine Rolle (Vgl. Wiegand-Grefe, Halverscheid & Plass 2011, S. 53 f.).

Eltern mit affektiven Störungen können häufig kindliche Bedürfnisse nach Zuwendung, Nähe und Kommunikation nicht ausreichend erfüllen. Sie reagieren auf die Signale von Säuglingen und Kleinkindern inadäquat oder verlangsamt, da sie diese entweder verzögert oder verzerrt wahrnehmen. Untersuchungsergebnisse zeigen, dass depressive Eltern sowohl sprachlich als auch über Körperkontakt weniger mit ihren Kindern kommunizieren (Vgl. Baumann 2000, S. 49). Sie zeigen allgemein im Kontakt zu ihren Kindern weniger Interesse und Beteiligung. Während der Manie kann es auch zu massiven finanziellen Problemen kommen, oder sogar durch Selbstüberschätzung zur Gefahr für das Kind.

2.4 Eltern mit neurotischen, Belastungs- und somatischen Störungen

Neurotische, Belastungs- und somatische Störungen gelten nach dem ICD-10 als Überbegriff für eine Vielzahl verschiedener Krankheitsbilder (symptomatologischer Angst- und Zwangsstörungen, Anpassungsstörungen, dissoziative Störungen, somatoforme- sowie neurotische Störungen). Es handelt sich hierbei um einerseits akute, meist kurzdauernde Fehlverarbeitungen eines Traumas, die sich von normalen Erlebnisreaktionen in Stärke und Dauer unterscheiden. Andererseits handelt es sich um Anpassungsstörungen von längerer Dauer, die bei höhergradiger Vulnerabilität und

(oder) fehlender Unterstützung, chronisch werden können (Vgl. Lingg & Theunissen 2008, S. 82 f.). Die Reaktion auf Belastung oder Verlust kann höchst unterschiedlich ausfallen, sie kann sich eher im Stimmungsleben (Labilität, Depressivität, Gereiztheit) oder körperlich (Schmerzen, Zittern, Ohnmachten, Tics), im sozialen Verhalten (Rückzug, Gehemmtheit, Phobien, Zwänge) oder im Selbsterleben (Depersonalisierung, Selbsthass) ausdrücken, also in allen Bereichen menschlicher Verwirklichung (Vgl. ebd. S.83).

Die typischen Angst- und Zwangsstörungen werden in der Fachliteratur in diesem Kontext am häufigsten erwähnt. Phobische Ängste der Eltern können sich auf die Kinder übertragen oder die Kinder müssen Aufgaben übernehmen, bei denen die Eltern sonst mit ihren Ängsten konfrontiert sind. Bei zwangsneurotischen Störungen kann es zum völligen Zusammenbruch von Alltagsstrukturen kommen, da für die Betroffenen wiederholte Zwangshandlungen oberste Priorität haben (Vgl. Pretis & Dimova 2004, S. 125). Die Versorgung und Betreuung der Kinder und das Erledigen des Haushaltes verliert dabei immer mehr an Bedeutung.

Auf weitere Unterformen der Gruppe der neurotischen, Belastungs- und somatischen Störungen möchte ich in diesem Zusammenhang im Einzelnen nicht näher eingehen, da es den Rahmen dieser Arbeit übersteigt. Eine Ausnahme würde ich aus Relevanzgründen jedoch bei der dissoziativen Identitätsstörung oder auch Konversionsstörung genannt, machen, um ein besseres Verständnis des im Kapitel 4 dargestellten empirischen Teils dieser Arbeit zu ermöglichen. Meine Interviewpartnerin leidet an einer solchen Erkrankung.

Die sogenannte „multiple Persönlichkeit“ ist eine Identitätsstörung, bei welcher die Betroffenen zwischen zwei oder mehreren verschiedenen Persönlichkeiten wechseln. Jede der Persönlichkeiten hat ihre eigene Vorgeschichte, eigene Lebensphilosophie etc. Weiterhin hat die jeweils zu einem bestimmten Zeitpunkt in Erscheinung tretende Persönlichkeit ihr eigenes Gedächtnis und eigene Verhaltensweisen und übernimmt zu einer bestimmten Zeit, auch wiederholt, die volle Kontrolle über das Verhalten der Betroffenen (Vgl. Dilling, Mombour, Schmidt & Sch.-Markwort 2006, S.128). Daneben sind Stücke der echten Vorgeschichte nicht erinnerlich (Vgl. Lingg & Theunissen 2008, S. 89). Die multiple Persönlichkeitsstörung ist eine Folge schwerster, insbesondere sexueller Traumatisierungen, die in früher Kindheit in der Phase der Identitätsentwicklung (ca. 0,5.-5. Lebensjahr) beginnen. Die massive und meist jahrelang andauernde Gewalteinwirkung spaltet die gerade rudimentär entstehende

Identität des Kindes auf, so dass das Kind statt einem Ich viele Ichs entwickelt (Vgl. W.-Bielefeld e.V., Huber 1997, S. 43).

Eltern welche an diesem Störungsbild leiden, haben ein signifikant höheres Risiko eine komorbide Störung zu entwickeln. Welche Risiken sich dadurch für die Kinder ergeben, wird im empirischen Teil meiner Arbeit explizit beschrieben.

2.5 Eltern mit Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

Persönlichkeitsstörungen sind gekennzeichnet durch charakteristische, dauerhafte, zeitlich stabile innere Erfahrungs- oder Verhaltensmuster der Betroffenen, die insgesamt deutlich von den kulturell erwarteten und akzeptierten Norm abweichen (Vgl. Wiegand-Grefe, Halverscheid & Plass 2011, S. 62). Diese Abweichung äußert sich in mehr als einem der folgenden Bereiche:

- Kognition (d.h. Wahrnehmung und Interpretation von Dingen, Menschen und Ereignissen; entscheidende Einstellungen und Vorstellungen von sich und anderen)
- Affektivität (Variationsbreite, Intensität und Angemessenheit der emotionalen Ansprechbarkeit und Reaktion)
- Impulskontrolle und Bedürfnisbefriedigung
- Die Art des Umganges mit anderen und die Handhabung zwischenmenschlicher Beziehungen

Die Abweichung ist so ausgeprägt, dass das resultierende Verhalten in vielen persönlichen und sozialen Situationen unflexibel, unangepasst oder auch auf andere Weise unzweckmäßig ist. Durch das Verhalten kommt es zu einem persönlichen Leidensdruck der Betroffenen und/oder nachteiligen Einfluss auf die soziale Umwelt (Vgl. Dilling, Mombour, Schmidt & Sch.-Markwort 2006, S.151).

Die Persönlichkeitsstörungen werden nach den vorherrschenden Verhaltensmustern allgemein in spezifische Varianten klassifiziert (paranoide, schizoide, dissoziale, emotional instabile (u.a. Borderlinestörung), impulsive, histrionische, narzistische, ängstliche, abhängige, anankastische, passiv-aggressive Persönlichkeitsstörungen) (Vgl. Lingg & Theunissen 2008, S. 99)

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung ist die in der Literatur am häufigsten genannte Form der Persönlichkeitsstörungen. Betroffene Patienten erleben höchst wider-

sprüchliche elterliche Verhaltensweisen, Anforderungen und Kommunikationsweisen. Episoden traumatischen Verlassenwerdens wechseln sich ab mit Episoden traumatischen Überengagements (Vgl. Wiegand-Grefe, Halverscheid & Plass 2011, S. 65). Häufig reagiert das Kind auf diese Widersprüche, indem es einen inneren Konflikt entwickelt und ebenfalls widersprüchliche Verhaltensweisen zeigt (Vgl. ebd.).

3 Stigmatisierung psychischer Erkrankungen

Was bedeutet „Stigma“ konkret? Der Begriff kommt aus dem Griechischen und bedeutet soviel wie Merkmal oder Zeichen. Er bezeichnet ein unauslösliches Zeichen, das jemanden als gekennzeichnet aus einer Gruppe in besonderem Maße hervorhebt (Vgl. Groß 2000, S.5).

1.3 Auswirkungen von Stigmatisierungen

Im vorangegangenen Kapitel wurden die verschiedenen Diagnosen psychischer Erkrankungen aufgeführt. Eine Diagnose verfolgt zunächst das Ziel, diagnostische Zeichen oder Symptome einem Krankheitsbegriff oder einer Symptomatik zuzuordnen. Sie dient der Verständigung zwischen Fachleuten. Dennoch bewirkt jede psychiatrische Diagnose eine Etikettierung. Sie vermittelt eine allumfassende Identität der betroffenen Person, sodass alle anderen Fähigkeiten und Eigenschaften nicht mehr gesehen werden und in den Hinterruf rücken (Vgl. Lazarus 2003, S. 24 vgl. n. Behla 2008, S. 21). „Das Etikett „psychisch krank“ ist in hohem Maße stigmatisierend und erscheint „tabuisiert“, da damit vor allem eine soziale Bewertung einhergeht.“ (Pretis & Dimova 2004, S. 37). Ein erheblicher Mangel an Wissen in der Bevölkerung hinsichtlich der Ursachen und der Behandlungsmöglichkeiten sorgt für das Aufrechterhalten leider immer noch bestehender Vorurteile. Da leider die psychische Erkrankung in unserer Gesellschaft als Ausdruck einer Minderwertigkeit, einer Schwäche oder eines Selbstverschuldens angesehen wird, haben Betroffene und Angehörige oftmals keinen Mut, mit Außenstehenden über ihre Sorgen und Nöte zu sprechen (Vgl. Baumann 2000, S. 31). Eine Stigmatisierung der Betroffenen kann sich auf Lebensqualität und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ebenso negativ auswirken wie die Beschränkung durch die psychische Erkrankung. Sie sind somit einer doppelten Belastung ausgesetzt. Zum einen

müssen sie lernen, mit den Symptomen der Störung zu leben und zum anderen müssen sie versuchen mit den Stigmatisierungen und Diskriminierungen im Alltag umzugehen. Hinzu kommt, dass viele Betroffene mit dem Wissen über Vorurteile gegenüber psychischen Erkrankungen aufgewachsen sind (Vgl. Gaebel, Möller & Rössler 2005, S. 66). Auf solche Weise sozialisiert, erwarten sie stigmatisierendes Verhalten ihrer Umwelt und wenden die Vorurteile unter Umständen gegen sich selbst (Vgl. ebd.). Das Stigma psychischer Erkrankungen äußert sich für den Betroffenen auch darin, dass Freunde und Bekannte sich zurückziehen. Die zunehmende soziale Isolation führt zu einer weiteren Einschränkung der Lebenschancen von Menschen mit psychischer Erkrankung.

3.2 Die Attributionstheorie

In diesem Teilkapitel möchte ich einen ausgewählten wissenschaftlichen Erklärungsansatz zum Thema Stigma näher betrachten. Groß erklärt die Stigmatisierung anhand der Attributionstheorie. Nach Heider wird der Mensch durch zwei Grundmotive bestimmt. Diese bestehen zum einen darin, ein sinnhaftes Verstehen von Welt und Mitmenschen zu entwickeln und zum anderen in dem Bedürfnis nach der Kontrolle der Umwelt. Daraus resultiert das Bedürfnis nach Vereinfachung und Vereinheitlichung der Umweltwahrnehmungen sowie das Bedürfnis, Ereignisse und Verhaltensweisen von Personen vorhersagen zu können. Die wahrgenommene Welt soll uns dadurch weniger chaotisch und unzufälliger erscheinen (Vgl. Groß 2000, S. 19). Die Attributionstheorie macht Aussagen darüber, wie wir Hypothesen und Urteile über unsere Mitmenschen und Umwelt bilden. Das Forschungsinteresse liegt auf der Ausdifferenzierung, wie Menschen Schlüsse über internale Merkmale anderer Menschen ziehen. Diese Attribution wird in folgende drei Schritte unterteilt. 1. Beobachtung des Verhaltens anderer, 2. Erschließung der Absichten des Verhaltens anderer, 3. Schlussfolgerung, welche Persönlichkeitseigenschaften oder auch welche Ideologien mit dem beobachteten Verhalten im Wechsel stehen könnten. Mit dieser Attribution von Eigenschaften wird das zukünftige Verhalten erklärbar und vorhersehbar. Mit dieser Zuschreibung von Eigenschaften und der Beurteilung der Mitmenschen geht aber oft eine Wertung oder Entwertung einher. Den Mitmenschen werden unerwünschte und inakzeptable Eigenschaften zugewiesen, welche zu einer Distanzierung gegenüber diesen Menschen

führen. „Der Übergang vom Attributieren zum Etikettieren, vom Typisieren zum Stereotypisieren ist fließend. Auf diesem Weg wird eine Eigenschaft zu einem Stigma, d.h. einem Attribut, das zur Diskreditierung und Diskriminierung führt.“ (ebd. S.19) Groß beschreibt Vorurteile als verfestigte Urteile über Personen und Gruppen, die nicht auf ihre Richtigkeit überprüft worden sind und einer Stabilisierung des Verhaltens dienen. Diese Vorurteile können sich soweit verfestigen, dass sie nicht mehr revidierbar sind. Vorurteile haben eine befangene Wahrnehmung zur Folge, die mit einer emotionalen Abwertung von einzelnen Menschen oder Gruppen einhergehen. Im Ergebnis kommt es zu diskriminierenden und ausschließenden Verhalten.

4 Interview

4.1 Zielsetzung

Das Ziel meiner Bachelorarbeit ist es, bei Eltern mit einer diagnostizierten psychischen Störung, den Bedarf auf eine dauerhaft angelegte ambulante Jugendhilfe zur Unterstützung bei der Erziehung ihrer Kinder, sowie bei der Alltagsbewältigung, deutlich zu machen. Besondere Betonung liegt dabei auf der Dauerhaftigkeit der Hilfe, dass heißt bis zu jenem Zeitpunkt, zu welchem die Kinder von Eltern mit psychischen Erkrankungen alt genug sind, um mit den Besonderheiten der familiären Alltagssituation umzugehen bzw. eigene Bewältigungsstrategien hierfür entwickeln konnten.

Ziel dieses Interviews soll sein, eine einschlägige Antwort auf die im Titel meiner Bachelorarbeit gestellte Frage zu erlangen. Weiterhin sollen die Aussagen meiner Literaturanalyse anhand von Interviewauszügen verdeutlicht und veranschaulicht werden. Im nächsten Schritt wird das Ergebnis des Interviews in Bezug auf die eingangs gestellte Frage diskutiert.

4.2 Gewinnung der Interviewpartnerin

Da ich mich zuvor über die Thematik und die inhaltliche Gestaltung meiner Bachelorarbeit mit den Kollegen des Cobema-Instituts abgesprochen habe, fiel es mir nicht schwer Kontakte zu geeigneten Interviewpartnern zu finden. Eine potentielle Interviewpartnerin gewann ich durch einen Kollegen, der bereits seit drei Jahren

Sozialpädagogische Familienhilfe gem. § 31 SGB VIII in dieser Familie leistet und somit mit ihrem Schicksal betraut ist. Da er eine sehr gute Vertrauensbasis zu Frau K. aufbauen konnte, besprach er im Vorfeld mein Anliegen mit ihr und fragte, ob sie sich ein Interview zu dieser Thematik mit mir vorstellen könne. Nach ihrer Zusage vereinbarte mein Kollege zeitnah einen Termin bei Frau K. zu Hause.

4.3 Methodische Vorgehensweise

Als Methode für eine qualitative Sozialforschung hatte ich anfänglich das offene Leitfadeninterview gewählt. Ich beschäftigte mich einschlägig mit dieser Forschungsmethode und entwickelte einen Interviewleitfaden nach den allgemeinen Prinzipien zum Ablaufschema und zur Durchführung.

Als ich meine Interviewpartnerin kennen lernte, wurde mir bewusst, dass diese Methode nicht die Geeignete sein würde. Als sie begann, von ihrer Kindheit zu erzählen, um mir die Entstehung ihrer Erkrankung zu verdeutlichen, wollte ich sie keinesfalls in ihrem Redefluss unterbrechen. Ich beschloss kurzerhand, meine vorformulierten Fragen für ein leitfadengestütztes Interview keine Anwendung finden zu lassen und entschied mich für das klassische narrative Interview, womit ich mich ebenso im Vorfeld intensiv auseinandergesetzt hatte. Denn auch so wurden alle für mich relevanten Dinge angesprochen. Der Vorteil dabei war, dass ich mich nun primär an inhaltliche Relevanzstrukturen und kommunikative Ordnungsmuster der Befragten orientieren konnte, anstatt an den vorab vorgenommenen Ordnungen und Strukturierungen von mir als Forscherin (Vgl. Przyborski & W.-Sahr 2010, S.139). Ich wollte das Risiko nicht eingehen, dass sich das Interview an einer festen Reihenfolge vorgegebener Fragen orientiert, die auf die subjektiven Relevanzstrukturen der Befragten nicht ausreichend eingeht, diese vielmehr immer wieder abschneidet und dem vorab vorgenommenen Ordnungsraster unterwirft (Vgl. ebd.). Die Wahl der Methode des narrativen Interviews hatte das Ziel, die Lebenssituation in der Kindheit sowie im Erwachsenenalter als Ganzes zu erfassen und der Interviewpartnerin genügend Freiraum für die Erzählung geben zu können. Im Nachhinein bin ich froh, mich für diese Methode umentschieden zu haben, da mir sonst tiefe Einblicke in die Biografie vorenthalten geblieben wären.

4.4 Durchführung und Verlauf des Interviews

Das Interview fand am Freitag, den 02.12.2011 um 17.00 Uhr bei Frau K. zu Hause statt. Mein Kollege erklärte sich für die gesamte Dauer des Interviews bereit, die Betreuung der beiden Kinder von Frau K. zu gewährleisten, damit das Gespräch ungestört verlaufen konnte. Trotz sehr niedriger Temperaturen bat Frau K. mich, das Interview auf ihrer Terrasse durchzuführen, da sie im Haus keine Zigaretten rauche. Frau K. offenbarte mir vorab, dass sie gewisse Dinge noch nie zuvor ausgesprochen habe, sie sich aber heute dazu überwinden wolle.

Während der Durchführung des Interviews folgte ich einem bestimmten Ablaufschema, welches für das narrative Interview wesentlich ist. In einem Vorgespräch habe ich mit ihr die Fragestellung der Forschung sowie den Ablauf des Interviews besprochen. Ich erklärte ihr, dass ich mich im ersten Teil des Interviews zurückhalten würde und dass es vorrangig darum geht, dass sie ihre Geschichte erzählt. Weiterhin händigte ich ihr eine Datenschutzerklärung aus, in welcher ich absolute Anonymität zusicherte.

Zu Beginn des eigentlichen Interviews stellte ich eine offene, erzählgenerierende Einstiegsfrage, welche einer Art auf Narration oder Beschreibung abstellenden Stimulus, nahe kommen sollte. Dieser Erzählstimulus sollte meine Interviewpartnerin in die Lage versetzen, ihre Perspektive auf das Thema zu entfalten, bzw. ihre Vorgeschichte zu erzählen (Vgl. Przyborski & W.-Sahr 2010, S. 140). Ich forderte sie dazu auf, mir zu erzählen, wie sie ihr bisheriges Leben im Hinblick auf ihre psychische Störung und auch unter Einbezug ihrer Kinder beschreiben würde. Frau K. fing spontan an von ihrer Vergangenheit zu erzählen, was in ihr viele Emotionen auslöste. Man merkte ihr deutlich an, dass es ihr teilweise sehr große Schwierigkeiten bereitete, sich selbst mit traumatischen Erlebnissen aus ihrer Kindheit und ihrem Leben zu konfrontieren. Während der Erzählungen fing sie immer wieder an zu weinen. Ich bot ihr an, in solchen Momenten kurz zu unterbrechen und eine Pause zu machen, aber das lehnte sie ab.

Ansonsten unterstützte ich meine Interviewpartnerin während der Haupterzählung hauptsächlich durch aufmerksames Zuhören und brachte dies durch entsprechende Aufmerksamkeitsmarkierer zum Ausdruck (Vgl. Glinka 2003, S. 12). Allerdings gab es einige wenige Situationen, in denen ich kurze Verständigungsfragen stellen musste, um der Darstellung weiterhin inhaltlich folgen zu können. „Ein Interviewer, der Aufmerksamkeit signalisiert, obwohl er nicht versteht, wovon die Rede ist, ist ebenso

wenig förderlich wie einer, der ständig nachfragt.“ (Przyborski & W.-Sahr 2010, S.100). Diese kurzen Interventionen empfand ich keineswegs als störend, da die Informantin danach ihren Erzählleitfaden direkt wieder aufgenommen hat.

In einem darauffolgenden Nachfrageteil, versuchte ich weitere narrative Sequenzen hervorzulocken. Damit konnte ich gewährleisten, dass alle für mich relevanten Themenbereiche auch angesprochen wurden, ohne den Erzählfluss unnötig durch vorformulierte Fragen zu stören. Allerdings war in diesem Fall die Haupterzählung bereits so ausführlich und detailliert, dass für mich kaum Fragen offen blieben. Aus diesem Grund fällt der Nachfrageteil hier eher kurz aus.

Nachfolgend wird nun der Inhalt des Gesprächs dargestellt.

4.5 Auswertung des Interviews

Von der Bandaufzeichnung wurde im nächsten Schritt eine Transkription des Interviews angefertigt, welche als Grundlage der Auswertung dienen soll. Das Transkript befindet sich im Anhang der Arbeit.

Bei der Auswertung möchte ich nur auf zentrale, für mich relevante Themenbereiche eingehen, da diese den Schwerpunkt meiner Bachelorarbeit bilden. Die Auswertung bezieht sich auf die Risiko- und Belastungsfaktoren von Kindern psychisch kranker Eltern und ist in folgende Hauptpunkte gegliedert:

- Wahrnehmung von Erziehungsverantwortung
- Familienbeziehungen
- Familiärer Alltag
- Tabuisierung und Isolation
- Notwendigkeit der langfristigen Hilfe

Ich möchte nun versuchen, anhand von relevanten Interviewpassagen, unterschiedliche Aspekte von Auswirkungen psychischer Erkrankung auf Familiensysteme deutlich zu machen. Die Betrachtung des Interviews wird sich also durch die folgenden Teilkapitel ziehen, da anhand dessen die verschiedenen aufgeführten Themen veranschaulicht werden können. Um die Aussagen zu bekräftigen, werde ich Zitate aus dem Interview verwenden, auf diese soll hier der Fokus liegen.

4.5.1 Wahrnehmung von Erziehungsverantwortung

„Im Einzelnen werden unter Erziehungsfähigkeit die Fähigkeit der Eltern, Bedürfnisse des Kindes nach körperlicher Versorgung und Schutz zu erfüllen, die Fähigkeit, dem Kind als stabile und positive Vertrauensperson zu dienen, die Fähigkeit, dem Kind ein Mindestmaß an Regeln und Werten zu vermitteln sowie die Fähigkeit, einem Kind grundlegende Lernchancen zu eröffnen, verstanden.“ (Lenz 2008, S. 17)

Kernaufgabe der elterlichen Erziehung ist es also, ihre Kinder in ihrem Entwicklungsprozess zu begleiten und sie in der Entwicklung von Lebenskompetenzen zu unterstützen. Häufig steht die elterliche Erkrankung im Zentrum des familiären Geschehens und bindet einen Großteil der verfügbaren Energien der Familienmitglieder, so dass die Kinder mit ihren vielfältigen Bedürfnissen auf der Strecke bleiben (Vgl. Hantel-Quitmann 1997, S.156). Zusätzlich sind mit einer psychischen Erkrankung oft Beeinträchtigungen verbunden, die die betroffenen Eltern in der Wahrnehmung ihrer Erziehungsaufgaben einschränken (Vgl. Baumann 2000, S. 38).

In welcher Art und welchem Ausmaß sich die psychische Erkrankung eines Elternteils beeinträchtigend auf die Versorgung, Betreuung und Erziehung eines Kindes auswirkt, ist u.a. abhängig von der Art und Schwere der Erkrankung sowie der Art und Chronizität der Symptome. Außerdem ist von Bedeutung, wie oft es zu wiederholten akuten Krankheitsphasen kommt, wie lange die symptomfreien Zeiten dazwischen sind und wie diese zur Kompensation von Beeinträchtigungen genutzt werden können (Vgl. Schmutz 2010, S.20).

Bei Frau K. kann durch die schwerwiegende Störung, unter welcher sie leidet, vorallem in akuten Krankheitsphasen von Beeinträchtigungen bei der Wahrnehmung von Erziehungsaufgaben ausgegangen werden. *„Aber trotzdem hab ichs nicht geschafft. Nicht geschafft die Kinder zu erziehen, die Kinder groß zu kriegen. Ich hab emd och viele Fehler gemacht. Viele Fehler. Anfangs habe ich gar ni gemerkt, dass ich damit überfordert war.“* (Z. 161-165)

Frau K. spricht in dem Interview sehr häufig von Überforderungstendenzen *„Ja, es dauerte ni lange, da kam das dritte Kind. Da war die Überforderung perfekt.“* (Z. 174). Vermutlich standen ihr kaum Ressourcen zur Verfügung, welche sie als Mittel zur Bewältigung von Stress, Belastungen und Problemen für sich nutzen konnte. Weiterhin

spricht sie im Verlauf des Interviews immer wieder davon, dass sie von ihrem Mann kaum Unterstützung bei der Versorgung und Erziehung der Kinder erfuh. *„Und der Mann hat kaum mitgezogen damals.“* (Z. 175), *„Ich fühlte mich irgendwie im Stich gelassen.“* (Z. 224-225). Diese Tatsache stellt eine zusätzliche Belastung dar, wenn der andere (gesunde) Elternteil keine kompensierende Funktion übernimmt. Wenn er sich nicht gewissermaßen mit doppelter Energie für die zusätzliche Versorgung der Kinder einsetzen kann, weil er persönlich damit überfordert ist oder sich bereits durch die Versorgung des psychisch kranken Partners an der Grenze der eigenen Belastungsfähigkeit befindet.

Aus bestehenden Überlastungssituationen kann für das Kind ein Mangel an ausreichender Versorgung resultieren. Die psychische Erkrankung eines Elternteils führt dann häufig zu einem Betreuungsdefizit und eine daraus resultierende unzureichende Wahrnehmung von kindlichen Grundbedürfnissen. Es fehlt den Kindern an Aufmerksamkeit und Zuwendung. Da die Eltern schon genug mit ihren eigenen Problemen zu tun haben, besteht ein Mangel an der notwendigen elterlichen Führung bzw. Anleitung. *„...tagsüber hab ich ja unheimlich viel gelegen, hier off der Terrasse zugebracht. In meinem Medikamentenwahn da gelegen irgendwie dort, naja gut. Und nachts war ich ja och hier. Kaum dass ich ne Aktion unternehmen konnte mit die Kinder.“* (Z. 586-589) *„ich war zu nichts anderem fähig.“* (Z. 591)

Eine mangelnde Versorgung des Kindes ist umso gefährlicher, je jünger das Kind ist. Ein bestehendes Betreuungsdefizit, oder gar eine Vernachlässigung, könnte man durchaus bei folgender Situation annehmen: *„Naja, dann war ich mitunter mit Medikamenten zugeknort. Die ham mir irgend so en Zeug gegeben. Da hatt ich wie so en Helm, wie so en Motorradhelm offm Kopf. Da war ich ordnungsgemäß abgeschirmt. Ich saß da hier sabbernd off der Terasse, herrlich. Hab nichts mehr mitgekriegt. Wie ich den Alltag gemanaged hab, weeiß ich ni. Ich hab funktioniert. Einfach funktioniert. (5) @(.)@ Aber die Medikamente die ham hammerhart gesessen. Ich hätte keene Entscheidungen treffen können in dem Moment, so zugeknort war ich. Ich kann ni sagen, wie ich meinen Alltag bewältigt hab, weeiß ich ni.“* (Z. 861-868) Seelische oder körperliche Vernachlässigung oder gar Mißhandlung sind verschiedene Formen der Mißachtung und Verletzung kindlicher Bedürfnisse (Vgl. Hantel-Quitmann 1997, S. 306). Normalerweise kennen Eltern die Bedürfnisse ihrer Kinder und wissen genau was sie benötigen. Wer allerdings, wie auch Frau K., weder in seiner eigenen Kindheit noch durch andere Erfahrungen gelernt hat, was Kindheit bedeutet, oder gar selbst

misshandelt wurde „*Jeden Tag hat der uns angebrüllt, uns geschlagen. Immer wieder.*“ (Z. 54), der weiß oftmals auch als erwachsener Mensch nicht, was Kinder brauchen (Vgl. ebd.). Kinder lernen zum Beispiel von ihren Eltern, dass Gewalt als Konfliktregulation eingesetzt wird. Die Bereitschaft der Kinder, selbst Gewalt als Lösungsstrategie einzusetzen, steigt. Diese Art von Lernen durch Beobachtung und Nachahmung ist auch bei Frau K. zu erkennen „*Ich hab die angebrüllt, ich hab sie geschlagen.*“ (Z.194-195). Dieses Phänomen des Modellerns steht innerhalb lerntheoretischer Ansätze im Vordergrund. Soziale Verhaltensweisen werden in der Kindheit durch Nachahmung der Bezugsperson erlernt (Vgl. Groß 2000, S. 16).

4.5.2 Familienbeziehungen

Stabile und harmonische Familienbeziehungen bilden eine wesentliche Grundlage für ein Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit bei den Kindern, was wiederum deren Fähigkeit verbessert, Affekte zu modulieren und positive soziale Beziehungen einzugehen (Vgl. Remschmidt & Mattejat 1994, S. 37).

Zunächst möchte ich die Auswirkungen von fehlender Stabilität im Verhalten des betroffenen Elternteils gegenüber dem Kind betrachten.

Wenn die Mutter oder der Vater krankheitsbedingt einmal herzlich und engagiert, dann wieder distanziert, abweisend oder abwesend erscheint, so wird beim Kind die Konstruktion verlässlicher Schemata nicht glücken (Vgl. Schone & Wagenblass 2006, S. 55). Feste Vorstellungen von der Welt entstehen nicht, der eigenen Wahrnehmung und Interpretation wird misstraut, da die Unberechenbarkeit einer Strukturbildung entgegen wirkt. Da die Welt unvorhersehbar und unbeeinflussbar scheint, kann das Gefühl eines passiven Ausgeliefertseins entstehen (Vgl. ebd.). Internale Kontrollüberzeugungen als Voraussetzung für zielgerichtetes Handeln können sich nicht ausbilden (Vgl. ebd.). Diese wechselnden Stimmungszustände können die kognitive Entwicklung der Kinder negativ beeinflussen. Allerdings finden Kinder, je nach familiärer Situation, Art der Symptomatik und Dauer der Erkrankung, persönlicher Ausstattung und Alter, unterschiedliche Wege, mit der Psychose der Mutter oder des Vaters umzugehen (Vgl. Schone & Wagenblass 2006, S. 58).

Dennoch ist es aus kindlicher Sicht grundsätzlich schwierig zu verstehen, dass der Vater oder die Mutter in einer schweren psychotischen Krise plötzlich ganz andere Verhaltensmuster zeigt, bzw. vom einen zum anderen Moment jemand ganz anderes zu sein scheint „...ständig mit tausend anderen Gesichtern...“ (Z.489). Die Betroffenen verhalten sich ungewöhnlich, ziehen sich zurück und tun Dinge, die nicht nachvollziehbar sind. Sie wirken abwesend, schlafen nicht mehr wie gewohnt, und sind oft einfachsten Anforderungen nicht mehr gewachsen. Die Welt der Kinder gerät „aus den Fugen“. Sie werden konfrontiert mit dem auffälligen, unangepassten Verhalten der Eltern, wenn zum Beispiel die Mutter scheinbar mit sich selbst spricht „...Ich hatte jemanden zum quatschen. So ganz alleene war ich dann doch nich.“ (Z. 313-314), „Das man so ne Art imaginäre Freunde hat, mit den man sich unterhält.“ (Z.369-370), von Wahnvorstellungen geplagt wird oder Schübe von Aggression und Depression durchlebt (Vgl. Pretis & Dimova 2004, S. 42). Die Kinder versuchen das Verhalten zu verstehen, suchen nach Erklärungen dafür. Ungewöhnliche Verhaltensweisen beeinträchtigen den Alltag erheblich, Verhaltensunsicherheiten sind die Folge. Das unberechenbare Verhalten eines Elternteils trägt automatisch dazu bei, dass das Kind nicht abschätzen kann, wie Mutter oder Vater in verschiedenen Situationen reagieren wird. Nach Bowlby kann das ein unsicher-ambivalentes Bindungsverhalten zur Folge haben. Unterstützende persönliche Beziehungen auf der Basis sicherer Bindungen können nicht entstehen. Dies bedeutet eine fehlende Feinfühligkeit der Betreuungsperson und wenig kontingente Rückmeldungen auf das eigene Verhalten.

Die folgenden Aussagen geben Anlass zur Annahme, dass Frau K. ihren Kindern streckenweise ein normales Maß an Zuwendung und Aufmerksamkeit schenkte „Ich hab wirklich viel mit den Kindern gemacht. Bin auf Herbstfeste gegangen, obwohl mich das überfordert hat. Ich bin unheimlich gern in den Zoo mit de Kinder gegangen, weil ich dort Ruhe gefunden hab.“ (Z. 228-231), sie aber dann wieder in akuten Phasen, versunken in die eigene Gedankenwelt, sich selbst überließ „...aber die warn och oft sich selbst überlassen.“ (Z.172-173), beziehungsweise sogar Aggressionen gegen sie richtete „Und dann gabs aber Tage, wo ich völlige Blackouts hatte. Wo ich nichts weeß. Diese Tage müssen höllisch für die Kinder gewesen sein.(.) Ich hab die angebrüllt, ich hab se geschlagen.“ (Z.193-195). Dieses wechselnde Verhalten hat für die Kinder einen Mangel an Verlässlichkeit in der Zuwendung zur Folge. „Ich hab sie immer geliebt. (weint) Außer in den Zeiten wo ich selber ni viel von weeß. (weint) Je nach Befinden, war die Zeit länger oder öfter ma da. Und wenns mir gut ging, dann hat das eigentlich

och gut funktioniert. Dann war ich richtig Mama. Diese zwee Seiten ham meine Kinder an mir, ja, so sind die groß geworden.“ (Z. 259- 263).

Durch die Abwesenheit bzw. mangelnde emotionale Verfügbarkeit des anderen Elternteils „*Und da er och keen Halt hatte zu meinem Mann und och keene Bindung zu meinem Mann.“ (Z. 222-223),* können die Kinder auch hier keine Kompensation der fehlenden Stabilität erfahren.

Wenn nun zu diesem Mangel an Zuwendung zusätzlich eine Klinikeinweisung der Mutter oder des Vaters erfolgt, kann dies für das Kind ein traumatisches Ereignis darstellen. Plötzlich werden sie von ihrer Bezugsperson verlassen. Für Kinder stellt es in der Regel eine besonders große Belastung dar, wenn der erkrankte Elternteil auf unbestimmte Zeit in eine Klinik eingewiesen wird. Für jüngere Kinder ist ein Klinikaufenthalt der Mutter oder des Vaters oftmals mit gravierenden Veränderungen der alltäglichen Situation verbunden, welche ein zusätzliches Belastungsmoment darstellen (Vgl. Lenz 2008, S. 26 f.). Sie werden dann entweder in einer anderen Familie untergebracht oder eine andere Person kommt in die Familie und übernimmt die Versorgung und Betreuung. Kinder sind also nicht nur gezwungen, sich auf den Verlust eines Elternteils einzustellen und mit den Ängsten und Unsicherheiten fertig zu werden, sondern sind darüber hinaus mit einer neuen Umgebung, anderen Personen und damit verbunden mit anderen Regeln, Ritualen und Umgangsformen konfrontiert (Vgl. ebd.).

Frau K. hat ihre Therapie aufgrund ihrer Kinder nicht stationär sondern in ambulanter Form absolviert. Um der Vollständigkeit Willen wollte ich diese weitere Problematik, welche in diesem Zusammenhang auftreten kann, mit aufführen.

Zu einem Verlassenwerden von einer Bezugsperson kann es auch kommen, wenn sich Eltern trennen bzw. scheiden lassen. Laut Lenz sind psychische Erkrankungen der Eltern häufig mit ständigen Streitkontakten, Feindseligkeiten, Trennung und Scheidung vergesellschaftet. Psychische Probleme oder Symptome eines Partners können zu Ehekonflikten führen, die wiederum die psychische Störung des Elternteils verstärken (Vgl. W.-Grefe, Halverscheid & Plass 2011, S. 21 vgl. n. Rothenburg et al., 2005). Dieser Aspekt dürfte sich ebenso negativ auf die Kinder auswirken, wie die psychische Erkrankung selbst. Chronische Eheschwierigkeiten und negatives familiäres Klima sind generell und unabhängig von der psychischen Erkrankung der Eltern ein Belastungsfaktor für die Entwicklung der Kinder (Vgl. Wiegand.Grefe, Halverscheid & Plass 2011, S.

31). Die Paardynamik der Eltern und die Dynamik der gesamten Familie gelten als zentrale Einflussfaktoren der psychischen Gesundheit der Kinder (Vgl. ebd.). Kinder können sehr ausgeprägt mit Verhaltensauffälligkeiten auf starke Konflikte zwischen den Eltern reagieren.

„Es gab böse Streits. Vor den Kindern.“ (Z. 204) „Die Wochenden, die er nach Hause kam, waren hier laut, wir ham uns gestritten, es gab Schläge. Und die Aggression die ich von ihm bekommen hab, die hab ich weiter gegeben an die Kinder. Das ging so ni mehr. Das wär so ni mehr gegangen. Und wenn der weg war, war Ruhe. Der war ja jedes zweite Wochenende da, jedes zweite Wochenende war hier Tumult. Und ich hab dann immer vorher schon Schiss gekriegt, wenn der kam.“ (Z. 531-536).

Die Folgen von ständiger Disharmonie und Familienzwistigkeiten können letztendlich zu einer Auflösung der Ehe führen. Wenn Eltern sich scheiden lassen, ist dies für die betroffenen Kinder ohnehin immer ein kritisches Lebensereignis. Wenn ein Elternteil aus der gemeinsamen Wohnung auszieht, erleben die Kinder dies als großen persönlichen Verlust. Sie bekommen Angst, nun auch noch vom anderen Elternteil verlassen zu werden. Verläuft der Trennungs- oder Scheidungsprozess konflikthaft oder gar hochstrittig, kann die Situation von Kindern noch schwerer verarbeitet werden. Hier kann es bei den Kindern zu Loyalitätskonflikten innerhalb der Familie kommen. Das heißt sie erleben Konflikte in der Familie und werden in diese mit hineingezogen, häufig mit der impliziten Erwartung, sich für einen Elternteil entscheiden zu müssen (Vgl. Schone & Wagenblass 2010, S. 17). Laut Aussagen von Frau K. gibt es auch in diesem Scheidungsprozess zahlreiche Konflikte und Streitigkeiten.

„...du wirst ja immer gestört mit diese Briefe von dem und mit dem Druck den mein Exmann offbaut und das ich hier aus dem Haus raus soll. Immer wieder den Umgang, dass das mit Umgang ni funktionierte. (.) Und dann wurde och immer wieder gesagt ich bin Schuld, von meinem Mann.“ (Z. 658-662).

Ob die Eltern diese Auseinandersetzungen allerdings vor den Augen ihrer Kinder austragen bzw. inwieweit sich der Auszug vom Vater auf die Kinder auswirkt, wird von Frau K. im Interview nicht angesprochen. Da der Vater bereits während der Ehe kaum zu Hause war, bzw. für die Kinder scheinbar emotional nicht zur Verfügung stand, ist es möglich, dass die Scheidung keine gravierende Auswirkung auf die Kinder hatte.

4.5.3 Familärer Alltag

Im Folgenden werde ich auf relevante Auswirkungen der psychischen Erkrankung auf die Gestaltung des familiären Alltags eingehen und versuchen, weitere damit verbundenen Risiken der betroffenen Kinder deutlich machen.

In Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil besteht die Gefahr einer familiendynamischen Entwicklung, die zu einer Umkehrung der Eltern- und Kindrolle führt (Parentifizierung). Insbesondere wenn psychisch erkrankte Eltern mit ihren Kindern alleine leben oder der „gesunde“ Elternteil an die Grenze seiner eigenen Kräfte kommt, übernehmen Kinder häufig mehr Verantwortung im Alltag (Vgl. Schmutz, E. 2010, S.163). Wenn Kinder allein mit dem erkrankten Elternteil leben, übernehmen sie selbst die existenziell notwendigen Tätigkeiten im Haushalt. In diesem Fall sind es die Kinder selbst, die versuchen, die Alltagsexistenz sicher zu stellen (Vgl. Pretis & Dimova 2004, S 85). Gegenüber der Umgebung versuchen die Kinder dann das „heilige Bild“ der Familie zu wahren (Vgl. ebd.). Dies wird zu einem eigenen Belastungsfaktor, wenn Kinder, bezogen auf ihr Alter und ihren Entwicklungsstand, übermäßig viel Verantwortung (über längere Zeit) tragen und/oder Eltern- bzw. Partnerfunktionen wahrnehmen (müssen) (Vgl. Schmutz, E. 2010, S.163). Der Preis dafür ist der Verlust der „Kindlichkeit“ und letztendlich der Kindheit selbst. Bei Kleinkindern, die noch nicht über diese lebenspraktischen Fähigkeiten verfügen, besteht ab diesem Zeitpunkt die akute Gefahr der Vernachlässigung, sodass dringend sozialarbeiterische Unterstützung notwendig wird (Vgl. Pretis & Dimova 2004, S 85). Dieses Phänomen der Parentifizierung findet in der Geschichte meiner Interviewpartnerin keine Erwähnung. Der Vollständigkeit halber ist dieser wichtige Aspekt hier mit aufgeführt.

Die psychosozialen Belastungen für die Kinder erhöhen sich, wenn die psychische Erkrankung in Verbindung mit einer weiteren Störung („Komorbidität“) wie beispielsweise Suizidalität auftritt oder aber die familiäre und psychosoziale Lebenssituation weitere Risikofaktoren, wie zum Beispiel Armut oder Arbeitslosigkeit, aufweist (Vgl. Schmutz 2010, S.20). Laut Huber weist die dissoziative Identitätsstörung eine hohe Komorbidität mit anderen psychischen Störungen auf, wie etwa auch zu Depressionen/Suizidalität, Angststörungen oder auch Persönlichkeitsstörungen wie

der Borderline-Persönlichkeitsstörung oder der Schizotypischen Persönlichkeitsstörung. An den nachfolgenden Aufführungen wird sehr stark deutlich, dass sich die verschiedenen Symptome gegenseitig bedingen bzw. verstärken.

Von Suizidgedanken wurde Frau K. offensichtlich schon seit ihrer Kindheit begleitet „*Aber von Kind an hab ich darüber nachgegrübelt, wies ist wenn man tot ist. (.) Oh ich wollte oft sterben. Aber ich habs nie getraut das zu machen.*“ (Z. 232-234). Aufgrund ihres hohen Leidensdruckes gab es oft Momente, in denen Frau K. den Selbstmord offensichtlich als letzten Ausweg sah „*Ich hab immer nur gedacht, machste Schluss, machste einfach Schluss, du schaffst das hier ni.*“ (Z. 441-442), um sich selbst von der Qual zu erlösen „*Ne Quälerei, dass man hier bleiben musste.*“ (Z. 443). „*Ich weeiß gar ni, ob ich da meinen Suizidversuch schon durch hatte (4).*“ (Z. 860-861). Ein solcher Versuch, sich selbst das Leben zu nehmen, stellt für das Kind eine subjektive Bedrohung dar, da die Möglichkeit eines Verlustes der Bezugsperson in dieser Situation gegeben ist. Menschen mit Suizidgedanken und fehlenden Lebenswillen leiden oft unter anhaltender, deutlich gedrückter, pessimistischer Stimmung und können dabei das Interesse für viele Tätigkeiten verlieren. Häufig können sie dann kaum noch Kraft aufbringen, die Normalität im Familienalltag zu wahren „*Klar hat sich das of de Familie ausgewirkt. Grade och diese Selbstmordgedanken. J e d e n Tag.*“ (Z. 855-856). Die Kinder bemerken dann, dass sich die Mutter oder der Vater häufig niederlegt. Kurz nach dem Aufstehen, schon vormittags gehen sie wieder ins Bett „*Ich hab die Kinder versorgt(1) und hab mich dann wieder ins Bett gelegt. (5) Ich hab immer gedacht den Kindern geht's gut. Ja den gings och gut, aber die warn och oft sich selbst überlassen.*“ (Z. 170-173). Daraus kann nun wieder ein Betreuungsdefizit resultieren, welches ich bereits in Punkt 4.5.1 erläutert habe.

Ein weiterer wichtiger Punkt auf Seiten der Eltern ist die Frage der Schuldgefühle, die sich die psychisch kranken Elternteile häufig machen. Diese ständige Angst, die eigene Familie nicht mehr adäquat versorgen zu können, sie in etwas hineingezogen zu haben oder ihnen zur Last zu fallen „*Du bist Nichts! Du bist en Schwein! Du bist eigentlich der Familientyrann. (4) Das Selbstwertgefühl ging so weit runter, dass ich mir eigentlich nichts mehr wert war, das sah man dann am Ende schon meinem Äußeren an. (2) Ich hab kaum noch was gegessen. (.) Ich hab mich immer mehr entfernt von dieser Welt wo mich niemand verstanden hat. Wo ich mich völlig unverstanden fühlte.*“ (Z. 308-313). Dieses „sich selbst Aufgeben“ kann einen Suizidversuch auslösen.

Wenn der Suizid gelingt, stellt dieses Ereignis eine schwere traumatische Erfahrung für die Kinder dar.

Auch an der folgenden Sequenz des Interviews wird noch einmal die Komorbidität, welche bei der multiplen Persönlichkeitsstörung vorherrscht, deutlich. Frau K. spricht auch von selbstverletzenden Handlungen *„Ofmals hab ich och Aggressionen gegen mich gerichtet- mich geschnitten, mitm Kopf gegen die Wand gehaun geklopft. Oder ich hab mich maßlos gekratzt, so dolle dass ich offene Wunden hatte. (2) Oder emd mit Tabletten so voll gestopft, dass ich in der Klinik offgewacht bin.“* (Z. 469-473), welche sie bewusst gegen ihren eigenen Körper richtet. Dieses autoaggressive Verhalten kommt der Symptomatik einer Borderlinestörung oder Depression nahe. Kinder können die Probleme und das Verhalten der Eltern nicht einordnen, was zu einer Desorientierung führen kann. Auch bei Kindern kann es dann zu Schuldgefühlen kommen, wenn sie den hohen Leidensdruck ihrer Eltern miterleben. Häufig glauben sie, dass sie an den psychischen Problemen ihrer Eltern schuld sind und dass die Krankheit eine Folge ihres eigenen Verhaltens gegenüber den Eltern ist (Vgl. Schone & Wagenblass 2010, S. 16).

Die Kinder erleben, dass ihre Eltern und sie selbst durch die Tatsache der psychischen Erkrankung ihrer Eltern von außenstehenden Personen (z.B. Freunden) abgewertet werden. Situationen von abweichendem Verhalten können eine solche Abwertung auslösen bzw. verstärken *„Der Frank macht mir zu schaffen. Der bringt mich in Situationen. (4) Der schmeist emd ma schnell mit Äppel durch de Gegend mitten im Kaufland.(.) Den hab ich ni unter Kontrolle.“* (Z. 383-385). Nach Cohens Auffassung liegt abweichendes Verhalten dann vor, wenn die Erwartungen der Mehrzahl der Mitglieder der Gesellschaft nicht erfüllt werden (Vgl. Lamnek 1990, S. 44). Solche normkonformen Verhaltensweisen können dafür sorgen, dass Kinder in Loyalitätskonflikte nach außen geraten. Das heißt, sie schämen sich vor Freunden und Bekannten für ihre Eltern und schwanken dabei stets zwischen Loyalität zur und Distanzierung von der Familie (Vgl. Schone & Wagenblass 2010, S. 17).

Im Interview spricht Frau K. auch von panischen Angstzuständen *„Ich hatte immer Mühe die loszulassen, ich hatte einfach Angst dass den was passiert, eine Angst, ene wahnsinnige fast unbegründete Angst.“* (Z. 286-288). *„2005 war ich dann sowas von am Ende. Wahrscheinlich durch meine ganzen (.) Ängste die mich einholten, (.) meine Kinder zu verlieren. Auf ene ganz böse Art und Weise. Wenn die ni pünktlich nach*

Hause gekommen sind, hab ich Bilder gesehen. (4) Dass die irgendwo blutig in der Ecke liegen.“ (Z. 280-283). Ein Übermaß an Angst stärkt in den betroffenen Patienten das Bedürfnis, sich eng an ihre Familienangehörigen, in dem Fall an die Kinder zu binden. Viele dieser Patienten müssen aufgrund dieser Trennungsangst, ihre Angehörigen immer um sich haben (Vgl. Wiegand-Grefe, Halverscheid & Plass 2011, S. 62). Dies kann dazu führen, dass die wichtige Entwicklungsaufgabe der Verselbstständigung im Jugendalter nicht ausreichend bewältigt werden kann.

Die Erzählungen von Frau K. lassen ebenso auf Anzeichen sozialer Phobien und psychosomatischer Symptome schließen: *„Wenn die wüßte, dass ich ni ins Kino gehen kann, weil ich dort die Menschen ni ertragen konnte. Wenn die wüßte, dass mir Striezelmarkt einfach nur ne Last ist.“ (Z. 317-319)*

„Wenn die gewußt hätte, dass mir mein Kreuz so weh tut, dass ich kaum noch hoch komme um überhaupt was im Garten zu machen.“ (Z. 319-321). Das kann für die Kinder bedeuten, dass sie an bestimmten Unternehmungen oder anderen Veranstaltungen nie teilnehmen können.

Auch anhand dieser Auszüge wird nochmals deutlich, dass Frau K. nicht nur mit ihrer eigentlichen Diagnose und der Aufarbeitung ihrer schweren Traumata zu kämpfen hat, sondern parallel mit einer Vielzahl anderer schwerwiegender Symptomatiken. Daraus resultieren unzählige Probleme mit denen die Kinder konfrontiert sind.

4.5.4 Tabuisierung und Isolation

Psychisch kranke Menschen haben sich die in Kapitel 3 beschriebenen Vorurteile und Stigmata verinnerlicht und verleugnen daher ihre Erkrankung aus Angst vor Verspottung. *„Ich konnte den ni erzähl’n, dass ich nichts weeiß davon. Ich konnte den och ni erzähl’n, dass ich (2) andre noch bei mir hab, mit den ich mich unterhalte und... die hätten mich für verrückt erklärt, die hätten Angst vor mir gekriegt. Wem hätt ichs o sagen sollen. (5) Nicht einmal meinem Mann. (4) Nee, der hat mich doch sowieso schon für bekloppt hin gestellt.“ (Z. 294-299). Das ist auch der Grund, warum diese Menschen mitunter selten Hilfs- und Unterstützungsangebote annehmen „Eigentlich brauchst du Hilfe.(.) Oftmals hab ichs verdrängt. Läuft doch.“ (Z. 199-200). Die Betroffenen ziehen sich stattdessen aus dem gesellschaftlichen Leben zurück und daraus entsteht wiederum*

eine soziale Benachteiligung und Ausgrenzung (Marginalisierung), (Vgl. Bräunig, Krüger & Rosbänder 2005, S. 37).

Häufig suchen Eltern nach Umschreibungen und Umdeutungen, indem sie versuchen, die Probleme beispielsweise als vorübergehend und zeitlich begrenzt, als Reaktion auf besondere Belastungen oder als somatische Erkrankung zu deuten (Vgl. Lenz 2008, S. 32). Diese Vorgehensweisen sind vielschichtig motiviert. Kinder sollen mit Hilfe bestimmter Sprachregelungen vor möglichen Vorurteilen und Stigmatisierungen, sowie Ablehnung und Ausgrenzungen durch das soziale Umfeld geschützt werden. Möglicherweise steckt aber auch die Furcht dahinter, dass die Kinder den erkrankten Elternteil verachten oder sich von ihm vielleicht sogar zurückziehen könnten, wenn sie in vollem Umfang und in allen wesentlichen Details von der psychischen Erkrankung erfahren würden (Vgl. ebd.).

Oft nehmen Menschen mit psychischen Erkrankungen die Hilfsangebote nicht in Anspruch, da sie Angst haben, ihre Kinder zu verlieren „*Eigentlich hätte ich Hilfe gebraucht. Aber wen soll ich fragen? Wen? Ungetraut, ohne dass die mir meine Kinder wegnehmen? Ich hab sie immer geliebt. (weint)*“ (Z. 258-259); „*Hilfe? Wär angebracht ja. Die wär angebracht. Aber wer geht schon zu die Jugendämter und erzählt: ich schlag meine Kinder, ich brauch Hilfe? (.) Wer macht das?*“ (Z. 205-207). Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe stehen allerdings erst dann zur Verfügung, wenn die Eltern einen schriftlichen Antrag stellen. Die erkrankten Elternteile fühlen sich in Akutkrisen oft mit der Erziehung der Kinder überfordert. Durch ihre eigenen Belastungen sind sie schnell am Ende ihrer Kräfte. Oftmals können sie in den Akutphasen überhaupt nicht mehr auf die Bedürfnisse der Kinder eingehen. Sie zweifeln daran, eine gute Mutter bzw. ein guter Vater zu sein und glauben der Elternrolle nicht mehr gerecht zu werden. Die quälende Frage „Was habe ich falsch gemacht, habe ich in der Erziehung versagt?“ führt zu Schuld- und Schamgefühlen („*Du bist Nichts! Du bist en Schwein! Du bist eigentlich der Familientyrann.*“ (Z. 308-309)), welche die Familien darüber hinaus in die Isolation führen. Aus diesen Gründen wird die Erkrankung nicht nach Außen getragen und als familiäres Geheimnis bewahrt. Dieses wiederum verhindert, dass den Familien Unterstützung gegeben wird (Vgl. Müller 2008, S.27). Die meisten Kinder, mit psychisch erkranktem Elternteil wachsen auf, ohne dass jemand ihre schwierige Situation wahrnimmt, ihre spezifischen Probleme erkennt und sich um sie bemüht. Sie wurden und werden vernachlässigt und übersehen (Vgl. Baumann 2000, S. 65). „*Mit*

offenen Augen weggeguckt. Wie alle anderen weggeguckt. (3) Mein ganzen Leben lang hat man weggeguckt.“ (Z. 306-307).

Oft lange Zeit bevor eine psychische Erkrankung diagnostiziert wird, ist die Familie involviert „2005. (4) *Irgendwann bin ich dann doch mal auf Anraten meiner Ärztin zum Arzt gegangen. Hatte och Gespräche mit meinen Kindern, die dann och gesagt ham, Mutti, es is vielleicht besser, wenn du dich behandeln lässt.*“ (Z. 290-293). Zwischen der kindlichen Wahrnehmung der Symptome einer Störung und der ärztlichen Diagnose liegen oftmals Jahre oder sogar Jahrzehnte. Wenn die Eltern sich in psychiatrische Behandlung begeben, dann haben die Kinder bereits vielfältige und zum Teil auch lang andauernde Belastungen hinter sich (Vgl. Schone & Wagenblass 2010, S. 181).

4.5.5 Notwendigkeit der langfristigen Hilfe

Kinder psychotischer Eltern sind in Abhängigkeit von der elterlichen Situation besonderen Anforderungen ausgesetzt, sie sind aber weder krank noch notwendigerweise verhaltensgestört (Vgl. Schone & Wagenblass 2006, S. 59). „Benötigt werden Angebote, die unterstützend sind, ohne invasiv und grenzverletzend zu sein und ohne die Kinder in Situationen zu bringen, die sie per psychosozialer Hilfe zusätzlich und neuerlich stigmatisiert oder überfordert.“ (ebd.). Kinder aus dem verunsicherten Kontext psychotischer Eltern brauchen also statt Spezialangeboten eine simple Alltagsnormalisierung. Sie brauchen mehr als andere und vorallem andere Normalität, verlässliche Interaktionen und Akzeptanz in ihren bestehenden sozialen Beziehungen (Vgl. ebd.). Sie brauchen, so lange sich bei ihnen nicht selbst eine manifeste psychische Störung herausbildet, nach Möglichkeit keine besondere Behandlung, die sie wiederum von den Gleichaltrigen absondert, sondern Modelle funktionierenden strukturgebenden Verhaltens, das ihre eigenen Schemata fest und stressresistent macht (Vgl. ebd.). Anhand des folgenden Abschnittes kann man erkennen, dass hier durch die Sozialpädagogische Familienhilfe ein Stück (der laut Schone sehr existenziellen) Alltagsnormalität geschaffen werden konnte. „*Durch die Familienhilfe war ich doch gezwungen wieder in Aktivitäten zu treten.*“ (Z. 501-502), „*Und so bin ich ganz langsam und ziemlich unbewusst, nich ma bewusst, wieder in Aktion getreten.[...] Und off eenma da warn meine Kinder wieder unter Kinder. Das hätt ich ohne Familienhelfer gar ni gemacht.*“ (Z. 598-603). Hier wird sehr deutlich, dass plötzlich wieder ein soziales

Leben statt findet. Die Isoliertheit, in welcher die Familie bisher lebte, bricht auf. Aber wie lange bleibt die Hilfe noch bestehen? Verschiedene Belange können zwar in einem begrenzten Zeitraum umgesetzt werden, eine Nachhaltigkeit kann jedoch nicht erzielt werden. Die Sozialpädagogische Familienhilfe könnte durch ihre intensive Betreuung und Begleitung der Familie in ihrem Alltagskontext den Handlungsrahmen für ein geeignetes Angebot bieten. Jedoch brauchen Kinder nicht nur für den Zeitraum von beispielsweise zwei Jahren einen normalen, strukturierten Alltag und verlässliche Interaktionen. Sie leben durchschnittlich 22 Jahre im Elternhaus bis sie ein eigenständiges Leben beginnen. Auf diesen Zeitraum gesehen, sind zwei bis drei Jahre Jugendhilfe ein Tropfen auf den heißen Stein.

Das Auslaufen einer Hilfemaßnahme kann für die Kinder, bzw. die gesamte Familie ein einschneidendes Erlebnis darstellen. In einer zeitlich befristeten Hilfe, kann für die Kinder nur für diesen Zeitraum Stabilität und Kontinuität durch helfende Personen geboten werden. Danach brechen diese Strukturen wieder zusammen und die Kinder erfahren tiefe Enttäuschung, das Bedürfnis nach konstanten Beziehungen konnte erneut nicht erfüllt werden. Deshalb ist es wichtig, dass längerfristige Hilfesettings zur Anwendung kommen, damit die Kinder beständige, stabile und enge Bindungen aufbauen können. Besonders wenn familienintern keine kompensatorische Bezugsperson (z.B. Großeltern, Tante,...) zur Verfügung steht, sollte dies ein wesentliches Ziel der Hilfe darstellen. Wenn Kinder aber durch helfende Personen (erneute) Beziehungsabbrüche erfahren, kann bei ihnen eine Angst des Verlassenwerdens entstehen bzw. verstärkt werden. Kinder können kein Vertrauen mehr fassen. „Ja verlassen wurde ich och. Frau S. ist damit ni klar gekommen.“ (Z. 508-509); „Ja, dann war auch wie gesagt die Frau E. da, die hat den Kindern wirklich gut getan, die hat mit den Kindern gebastelt. Och war se unterwegs gewesen...“ (Z.611-613); „Aber ich denk ma, dass die och dann gegangen is, weil die einfach damit ni klar kam. [...] Und die Kinder waren tief traurig. Dann kam die Frau W. - genau das selbe.“ (Z. 615-618). In diesem Fall kam es von Seiten der Helferinnen zum Kontaktabbruch. Dies lässt sich leider aus unterschiedlichen Gründen nicht immer vermeiden. Persönliche Umstände, wie Krankheit oder Schwangerschaft können ein Grund sein, warum SozialpädagogInnen bzw. TherapeutInnen eine Familie nicht länger betreuen können. Aber auch fehlende Sympathie oder eine zu hohe Belastung können mögliche Auslöser dafür sein. Dieses Risiko gilt es zu minimieren.

Aber nicht nur die Stabilität in Beziehungen, sondern auch die angemessene Stimulation und Förderung sowie eine altersadäquate Autonomie gehören zu den Interessen und Bedürfnissen von Kindern, welche eventuell mit Auslaufen einer Hilfe erneut keine Erfüllung finden. Das Familiensystem braucht also konstante verlässliche Alltagshilfen, damit eine Kompensation der Dinge dauerhaft erfolgen kann, welche die Eltern aufgrund ihrer Psychose nicht leisten können.

„Das nu alles schnell gehen muss und alles schnell wieder in Ordnung gebracht sein muss, das war mir ni klar zum einen und zum andern wär mir das och nie gelungen. (2) Ich hab mir immer Mühe gegeben. Ich war selbst och mit mir sehr ungeduldig und wollte een Schritt immer nach dem anderen gehen. Mir wurde immer gesagt in der Psychiatrie backen wir ganz kleine Brötchen und es geht einen Schritt nach dem anderen. Ja. Und jetzt spür ich Druck. Und der versetzt mich in Panik.“ (Z. 624-630).

Frau K. spricht davon, sich unter Druck gesetzt zu fühlen und dadurch in Panik zu geraten. Allein diese Tatsache kann dazu führen, dass der Hilfeversuch nicht mehr glücken kann, bzw. ein erneuter Zusammenbruch ausgelöst wird. Eine Sicherheit, dass ihr die Hilfe erhalten bleibt, würde sich positiv auf den Hilfeverlauf auswirken.

„Jetzt merk ich, dass diese Zeit begrenzt ist. Und jetze wo ich merke, dass das och wirklich was bringt, wo ich merke, dass ich ni mehr allerfurzelang in die Klinik muss, weil man vieles einfach nur mit Gespräche och wieder hin bekommt. Ja ich steh unter viehischen Druck. Du kriegst das ni so schnell hin. (2) Ich bin über 40 Jahre lang psychisch krank. Mit dem 42. Lebensjahr hab ich dann angefangen Therapie zu machen. Denken die was in 40 Jahren versaut wurde, is in drei Jahren in Ordnung gebracht? Verhaltensweisen, die man sich angelernt hat, um einfach zu überleben, abgebaut und weggestrichen, man ist dann en ganz normaler Mensch? Und da kann man sich noch so viel Mühe geben, man rutscht immer wieder, immer wieder in das alte Muster zurück. Und wenn mir die Hilfe je wegfällt, (.) geht das suxessive wieder bergab.“ (Z. 707-717).

In Freuds Theorie des emotionalen Traumas, wird beschrieben, dass verschiedene, vorallem traumatische Erlebnisse einen Einfluss auf das gesamte Leben haben können. Laut Freuds Forschungen können besonders traumatische sexuelle Erlebnisse, welche auch Frau K. erfahren musste, schwerwiegende Folgen für das ganze Leben haben (Vgl. Steden 2006, S. 120). Diese Aussage bestätigt erneut, dass ein Hilfesetting in einem zeitlich eng gefasstem Rahmen, keineswegs den Bedarfen der Familie K. (und auch vielen weiteren Familien) gerecht werden kann.

„Mir wurde immer bewusster und immer klarer, dass diese Störung wirklich erheblich ist. Mit dem Bewusstsein wurde mir och immer bewusster, dass diese Hilfe doch ni so selbstverständlich ist. Und dass ich die aber och wirklich dringend benötige.“ (Z. 637-640).

Abschließende Gedanken

Bei Familie K. liegen keine psychosozialen Belastungsfaktoren wie zum Beispiel Arbeitslosigkeit, schwierige Wohnverhältnisse oder schwerwiegende finanzielle Probleme vor. Vielmehr liegt der Fokus hier auf den familiären Belastungsfaktoren. Frau K. berichtet über eine äußerst konflikthafte Paardynamik und einem von latenten und offenen Aggressionen geprägtem Umgang zwischen ihrem ehemaligen Ehemann und ihr. Heftige Streite und ständige Disharmonie zwischen den beiden Elternteilen haben für ein negatives innerfamiliäres Klima gesorgt. Durch eine Innenperson von Frau K., welche sie offensichtlich kaum kontrollieren kann, ist es zu körperlicher Gewalt gegenüber den Kindern gekommen. Diese Tatsache und nicht zuletzt die fehlende Kontinuität durch den phasenhaften Verlauf bzw. die Symptomatik der Störung, lassen darauf schließen, dass es vermutlich Störungen in der Eltern-Kind-Beziehung gegeben hat bzw. gibt. Vor allem die drei ältesten Kinder von Frau K. waren durch ständige Ehekonflikte und mangelnde externale Unterstützung besonders ungünstigen Bedingungen ausgesetzt. Die beiden Kinder, welche aktuell bei Frau K. aufwachsen, erleben die besseren Zeiten von ihrer Mutter wie sie auch selbst sagt. Frau K. hat eine Therapie zur Aufarbeitung ihrer Traumata begonnen und erhält seit 3 Jahren Unterstützung durch eine Sozialpädagogische Familienhilfe. Sie nimmt die Hilfe für sich sehr gut an und erkennt seither eine deutliche Verbesserung des Alltagsgeschehens. Eine Stärkung der Bewältigungsmöglichkeiten im Umgang mit der Erkrankung in der Familie konnte erreicht werden. Die Kinder wurden altersadäquat über die Erkrankung der Mutter aufgeklärt. Der Gedanke an eine baldige Beendigung der Hilfe löst bei Frau K. große Ängste und Bedenken aus.

Dieser Fall eignete sich zur Darstellung der Problematik gut, da durch die hohe Komorbidität sehr viele Belastungsfaktoren für Kinder, welche sich aus den sehr unterschiedlichen Symptomen ergeben, veranschaulicht werden konnten. Durch diese weitreichende Symptomatik konnte nahezu fast die gesamte Bandbreite von psychischen

Störungen aufgeführt werden. Außerdem gelang es Frau K. durch die intensive Auseinandersetzung mit ihrer Erkrankung sehr gut, diese Dinge zu reflektieren.

5 Angebote für psychisch erkrankte Eltern und ihre Kinder

Eine psychische Erkrankung, insbesondere wenn sie sich manifestiert und chronifiziert hat, verläuft oftmals phasenhaft. Damit einher, gehen meist Zeiten, in denen die betroffenen Elternteile unterschiedlich präsent sein können. Für die Kinder resultieren hieraus häufig Erfahrungen von Diskontinuität und mangelnde Verlässlichkeit (Vgl. Schmutz 2010, S.163). Kontinuität, Konsistenz und Verlässlichkeit sind demgegenüber aber zentrale Rahmenbedingungen für ein gelingendes Aufwachsen. In betroffenen Familien stellt sich entsprechend die Frage, wie ein solcher Rahmen gewährleistet werden kann, wenn dies die Eltern nicht selbst ausreichend können (Vgl. ebd.).

In den letzten Jahren haben sich bereits verschiedene Unterstützungsangebote im Rahmen der Jugendhilfe entwickelt. Angesichts des enormen Umfangs meines Themas, möchte ich nur ein spezielles Angebot näher betrachten. Einige weitere existierende Ansätze möchte ich hier nur exemplarisch benennen.

Eine Form der Unterstützung kann zum Beispiel eine Patenschaft sein. Das Patenschaftsprojekt Pfiff e.V. bietet die Möglichkeit einer flexiblen Krisenintervention sowie eine alltagspraktische, verwandtschaftsähnliche Unterstützung für die Familien. Verschiedene präventive Projekte (z.B. Kipkel e.V., Aurn) arbeiten mit den Kindern psychisch erkrankter Eltern und machen sich zum Ziel, das Risiko der Kinder selbst an einer psychischen Störung zu erkranken, zu senken. Eine altersgerechte Aufklärung der Kinder über die elterliche Erkrankung, Entlastung von der Verantwortung gegenüber den Eltern und Schuldgefühlen sowie Resilienz- und Kompetenzförderung der Kinder stehen hierbei im Mittelpunkt der Arbeit. Ein weiteres Hilfsangebot ist die stationäre Mutter-Kind-Einrichtung, welche eine Behandlung der Mutter ermöglichen soll, wobei eine Trennung von dem Kind und ein damit einhergehender Beziehungsabbruch vermieden werden soll.

Nachfolgend möchte ich einen Ansatz näher beschreiben, welcher in Dresden im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe eingesetzt wird. Diese Art der Hilfeaushaltung befindet sich noch in einer Testphase und wurde bislang nicht evaluiert.

5.1 Ambulantes Familienwohnen

Durch die schwierige Symptomatik vieler psychischer Erkrankungen ergeben sich komplexe Anforderungen an eine adäquate Unterstützung und Begleitung der Kinder, die den Eltern erlaubt soweit als möglich ihre Verantwortung wahrzunehmen und in ihrer Elternrolle präsent zu bleiben, die zugleich aber auch genügend Entwicklungs(frei)räume für die Kinder gewährleistet (Vgl. Schmutz 2010, S. 78). Die Anzahl der Kinder die in Familien leben, in denen ein Elternteil psychisch krank ist, nimmt ständig zu (Vgl. Schone & Wagenblass 2006, S. 118). Für die professionelle Soziale Arbeit bedeutet dies, neue Handlungsstrategien zu entwickeln. Die bundesweite Diskussion zur Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe zeigt, dass ein differenziertes und mehr am Einzelfall orientiertes Hilfsangebot notwendig ist, das den Rahmen des §31 SGB VIII übersteigt (Vgl. ebd.).

Durch die Arbeit der MitarbeiterInnen in der Sozialpädagogischen Familienhilfe (SPFH) ergab sich insbesondere in zwei Familien die Überlegung, dass für diese Familien ein noch intensiveres Angebot notwendig ist, um eine Heimunterbringung der Kinder vermeiden zu können, bzw. Kinder aus dem Heim zurückzuführen. Das ambulante Familienwohnen ist eine Neuentwicklung und somit ein moderner Ansatz, der darauf abzielt, Familien in ihrem sozialen Umfeld zu belassen. Der Fokus liegt dabei hauptsächlich auf der Familienerhaltung sowie auf der Orientierung an den individuellen Lebenslagen und –bedürfnissen der Betroffenen. Aus fachlichen Gründen war die Stadt Dresden bereit, zunächst den hohen Stundenumfang, der für ein „Ambulantes Familienwohnen“ unabdingbar ist, zu bewilligen. Es existieren zwei Wege, eine solche engmaschige Betreuung von betroffenen Familien zu gewährleisten. Zum einen wird in Dresden durch einen weiteren Träger das betreute Familienwohnen über § 19 SGB VIII angeboten, wobei die Familien ihr soziales Umfeld wechseln und eine vom Träger angemietete Wohnung beziehen. Dabei besteht die Gefahr, dass die Familie institutionellen Regeln unterworfen wird. Bei dem Konzept von Cobema geht es im Vergleich dazu eher um eine besondere Ausgestaltung des § 31 SGB VIII wobei die Familie wie bereits erwähnt, in ihrem Umfeld wohnen bleibt. Um bestehende Netzwerke der Familie besser ausbauen zu können, ist dies strukturelle Bedingung des Konzeptes, damit Kontakte aufrecht erhalten und gepflegt werden können. In diesem Kontext kümmert sich ein interdisziplinäres Team von 3-4 qualifizierten MitarbeiterInnen in ca.

30-40 Fachleistungsstunden pro Woche um die Alltagsbewältigung und Alltagsgestaltung als stabilisierender Faktor. Bisher übersteigt der Zeitraum der Hilfestellung bei weitem den üblichen Umfang. Dies wirkt sich positiv auf die Stabilität in der Alltagsgestaltung aus. Neben der täglichen Dialogbereitschaft der HelferInnen gegenüber jedem einzelnen Familienmitglied wird auch speziell den Kindern ein differenziertes und altersentsprechendes Betreuungs- und Förderprogramm geboten.

Allerdings ergeben sich auch hier, wie bei jeder Methode, Kritikpunkte, welche nicht ausgeblendet werden dürfen, sondern immer im individuellen Rahmen mit bedacht werden müssen. Zum Beispiel kann die hohe Stundenzahl des Helfereinsatzes teilweise von den Familien eher ambivalent gesehen werden. Einerseits wird es von den Familien als positiv empfunden, dass es jemanden gibt, der verlässlich anwesend und zu jeder Zeit ansprechbar ist, andererseits kann die ständige Anwesenheit einer fremden Person auch als Störung oder Bedrohung empfunden werden. Weiterhin kann es bei den HelferInnen durch den hohen Zeitaufwand auch schnell zu einer fehlenden Balance zwischen Nähe und Distanz kommen. Deshalb sind gute kollegiale Teambesprechungen und regelmäßige Supervisionen dringend erforderlich (Vgl. Schone & Wagenblass 2006, S. 127). Bei der dauerhaften Hilfestellung ist außerdem kritisch anzumerken, dass es langfristig gesehen durch unprofessionelles Intervenieren zu einer Chronifizierung der Problematik kommen kann, anstatt zu einer Verbesserung der Situation. In der Evaluation eines solchen Hilfeverlaufes muss deshalb deutlich werden, dass Krankheitsschübe weniger werden. Ist an dieser Stelle kein Prozess mehr erkennbar, muss ein Wechsel der zuständigen SozialarbeiterInnen stattfinden. Den Helfenden muss klar sein, dass die Hilfe eine solche psychische Störung nicht heilen, jedoch aber die Symptome lindern kann.

Das ambulante Familienwohnen sollte also als eine Art familienbezogene Intervention verstanden werden, welche dazu dient, die Familie dabei zu unterstützen, sich auf die Erkrankung oder Behinderung besser einzustellen. So können für akute Krankheitsverläufe Krisenpläne vereinbart werden. Die Familie erhält die Chance auf längerfristige Unterstützung und mehr Stabilität im Alltag. Problematisch ist auch hierbei, dass die Hilfe meist zu spät ansetzen kann, da Jugendämter erst dann auf die Betroffenen aufmerksam werden, wenn die Störung bereits ihren Verlauf genommen hat und mit ihren verschiedenartigen Symptomen bereits bei der ganzen Familie Spuren hinterlassen konnte.

5.2 Rechtliche Situation

Trotz der empirisch nachweislichen Entwicklungsrisiken von Kindern psychisch erkrankter Eltern fühlten sich bisher weder Kinder- und Jugendhilfe noch Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychiatrie als Leistungsanbieter für diese Gruppe besonders belasteter Heranwachsender zuständig. Ausgangspunkt dieser Diskussion ist die Frage, welche rechtlichen Handlungsmöglichkeiten bestehen, wenn psychisch kranke und geistig behinderte Eltern ihr elterliches Sorgerecht aufgrund ihrer Krankheit nicht angemessen ausüben können und dadurch Gefahren für das Wohl des Kindes entstehen (Vgl. Schone, R./Wagenblass, 2006, S. 13 f.). Nach § 1666 Abs. 1 BGB liegt eine Gefährdung des Kindeswohls vor, wenn das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder sein Vermögen durch missbräuchliche Ausübung der elterlichen Sorge, durch Vernachlässigung des Kindes, durch unverschuldetes Versagen der Eltern oder das Verhalten eines Dritten gefährdet ist und die Eltern nicht gewillt oder in der Lage sind, diese Gefahr abzuwenden. Im Kontext dieser Arbeit stellt sich die Frage, ob mit den rechtlichen Regelungen angemessen auf die persönlichen, familiären und sozialen Probleme von Eltern mit psychischer Erkrankung reagiert werden kann und ob die Anwendung der Rechtsvorschriften der Situation eben dieser Adressatengruppe und deren Kinder gerecht wird (Vgl. ebd.). In Art. 6 Abs. 2 GG sowie im § 1 Abs. 2 SGB VIII ist das Grundrecht bzw. die Elternverantwortung definiert. Somit stellen Pflege und Erziehung der Kinder sowohl das natürliche Recht der Eltern als auch die ihnen obliegende Pflicht dar. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft. Dies gilt gleichermaßen für alle Eltern, das heißt auch für Personen mit psychischer Erkrankung und geistiger Behinderung. Die Situation genau dieser Eltern stellt sich als besonders schwierig dar. Krankheit und Behinderung der Eltern gehören nach Feststellung des Bundesverfassungsgerichts grundsätzlich zu den Lebensumständen, die das Kind als schicksalhaft hinzunehmen hat, sie rechtfertigen als solche noch keinen Eingriff in die elterliche Sorge (Vgl. Schone & Wagenblass 2010, S. 23 f.). Eine mangelnde Einsichts- und Schuldfähigkeit der Eltern kann nicht Hintergrund für kinderschützende Maßnahmen (Herausnahme) sein. In besonderer Weise gilt es also, die verfassungsrechtlichen Grundsätze zu beachten, das heißt, vorhandene Erziehungsdefizite vorrangig durch unterstützende öffentliche Hilfen auszugleichen (Vgl. ebd.). Eingriffe in die elterliche Sorge, die mit Trennung von Eltern und Kindern

verbunden sind, dürfen also nur unter strikter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit erfolgen (§ 1666a BGB). Demnach ist eine Trennung des Kindes von seinen Eltern nur zulässig, wenn andere Maßnahmen nicht mehr ausreichen, um die Gefahr für das Kind abzuwehren. Auch der § 27 Abs. 2 SGB VIII besagt, dass bei der Erörterung von Hilfen, die dem erzieherischen Bedarf im Einzelfall angemessen sind, die Möglichkeiten des Einsatzes insbesondere solcher Hilfen zu prüfen und mit Vorrang zu versehen sind, die das vorhandene Sozialisationsfeld des Kindes/Jugendlichen erhalten und stützen. „Mit der Auffächerung einer breiten Palette von möglichen HzE will das SGB VIII die ambulanten Hilfen gegenüber den tradierten familienersetzenden Hilfen (§§33 und 34) stärken und damit eine fachliche Orientierung in Richtung auf familienunterstützende Angebote und Leistungen Rechnung tragen.“ (Münder, Meysen & Trenczek 2009, S. 267). Dem wird selbstverständlich vorausgesetzt, dass in Anbetracht einer ambulanten Maßnahme eine akute oder latente Kindeswohlgefährdung dauerhaft ausgeschlossen werden kann.

Die Praxis zeigt, dass in den letzten Jahren zunehmend Familien begleitet werden, in denen die Eltern nicht nur durch zeitlich befristete Lebenskrisen (zum Beispiel Trennung, Scheidung, Verlust der Arbeit, Krankheit) belastet sind, sondern durch traumatisierende Ereignisse in ihrer eigenen Lebensgeschichte (Vgl. Rothe 2011, S. 17). Diese traumatischen Lebensereignisse können wiederum Prädiktor für eine psychische Störung sein, unter welcher oftmals die ganze Familie leidet. Der Unterstützungsbedarf ist in diesen Familien besonders hoch. Die Begleitung der SPFH sollte hier zum Beispiel wesentlich intensiver sein, die Zeit länger und die Entwicklung abhängig davon, inwieweit die betroffenen Eltern bereit und in der Lage sind, sich mit ihrer eigenen Geschichte auseinander zu setzen und eine neue Struktur für ihr Leben zu finden (Vgl. ebd). Wenn ambulante Maßnahmen allerdings, wie in der Praxis üblich, bereits nach wenigen Monaten oder Jahren auslaufen, kann es durch die im Anschluss fehlende Unterstützung, erneut zu einer Krisensituation und somit einer Gefährdungssituation der Kinder kommen. Denn die psychischen Erkrankungen, sowie die daraus resultierenden Problematiken bestehen weiterhin.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Gesetzesgrundlage für jede Form von Hilfemöglichkeiten und Unterstützungen für Kinder und Jugendliche mit dem Kinder-

und Jugendhilfegesetz (SGB VIII) existiert. Allerdings wurde beim Gesetzentwurf 1991 die spezielle Situation von Familien mit psychisch kranken Eltern nicht richtig bedacht. Daraus ergeben sich folgende Probleme für Familien: Nach § 27 SGB VIII haben die Eltern einen Anspruch auf Hilfe zur Erziehung, nicht aber die Kinder. Im Einzelfall heißt das, dass die Eltern, wenn sie merken, dass das Wohl ihres Kindes durch entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist, Hilfe in Anspruch nehmen können. Das Jugendamt selbst darf nur im Fall der Kindeswohlgefährdung eingreifen. Menschen mit psychischer Störung haben jedoch wegen ihrer Erkrankung oftmals Probleme, ihre Rechte entsprechend wahrzunehmen.

Bereits im 10. Kinder- und Jugendhilfebericht 1998 wurde beschrieben, dass bestehende Hilfsangebote für die betroffenen jungen Menschen und deren Familien unzureichend ausgestaltet sind und die Folgen der psychischen Erkrankung eines Elternteils für die Kinder meist unberücksichtigt bleiben (Vgl. Schmutz, E. 2010, S. 9). So spielt trotz des in den letzten Jahren erheblichen Umbaus in der Kinder- und Jugendhilfe, hin zu bedarfsgerechteren, ambulanten und lebensweltorientierten Angeboten und Konzepten, das Thema „psychische Erkrankung von Eltern“ immer noch eine marginale Rolle (Vgl. ebd.). Hinzu kommt, dass bedarfsgerechte (präventive) Hilfesysteme und Unterstützungsstrukturen wenig entwickelt sind und aufgrund der fehlenden frühzeitigen Angebote die Einbindung der Kinder- und Jugendhilfe oftmals erst in Krisensituationen erfolgt. Das heißt Erwachsenenpsychiatrie und Jugendhilfe werden erst dann aufmerksam, wenn es um die Frage geht, ob die Kinder bleiben können oder eine Fremdunterbringung notwendig wird oder wenn die Kinder selbst Verhaltensauffälligkeiten zeigen (Vgl. Schone & Wagenblass 2006, S.7). Viele solcher Situationen könnten vermieden werden, wenn den Kindern und Familien vorher Hilfen angeboten würden. Der rechtliche Handlungsrahmen für die Bereitstellung entsprechender Hilfen und Unterstützung der Familien und der Kinder und Jugendlichen steht mit dem §27 SGB VIII Anspruch auf Hilfe (Hilfe zur Erziehung) bereits zur Verfügung (Vgl. ebd.). Es geht also darum, den vorhandenen rechtlichen Rahmen auszugestalten und geeignete Handlungskonzepte für diese Zielgruppe zu entwickeln (Vgl. Schone & Wagenblass 2006, S.7). Denn aktuell wird immer deutlicher, dass hier nach der Öffnung der Psychiatrie eine Lücke im Gesetz entstanden ist, durch welche Folgeprobleme für die betroffenen jungen Menschen und ihre Eltern entstehen. Die Gesetze haben sich der Entwicklung nicht angepasst und bedürfen deshalb einer

Überarbeitung. Dies sollte von AkteurInnen der Kinder- und Jugendhilfe als Problem erkannt und nicht als Normalität behandelt werden.

6 Voraussetzungen für die Entwicklung geeigneter Unterstützungsstrukturen

6.1 Öffentlichkeitsarbeit

Eine breite öffentliche Diskussion könnte letztendlich dazu beitragen, die Tabuisierung der Erkrankungen und die Isolation betroffener Familien und Erkrankten aufzuheben (Vgl. Schone & Wagenblass 2006, S. 72). Bei dem Wunsch auf Reduzierung von Stigmatisierung und Diskriminierung ist allerdings zu bedenken, dass der Kampf dagegen mit einigen grundsätzlichen strukturellen Problemen besetzt ist. Wie in Kapitel 3.2 beschrieben, stellen Stigmatisierung und Etikettierung sowohl individualpsychologische als auch offenbar gesellschaftliche Mechanismen dar (Vgl. Gaebel, Möller & Rössler 2005, S. 38). Statt von Maßnahmen zur „Entstigmatisierung“ sollte man daher eher von „Bewältigung von Stigmatisierung“ sprechen. Den betroffenen kranken Menschen und ihren Angehörigen sollten laut Finzen deshalb umfassende Hilfen zur Stigmabewältigung angeboten werden (Vgl. ebd.). Dennoch ist es wichtig, zunehmend über psychische Probleme aufzuklären. Dies würde womöglich einen Prozess allmählicher aber kontinuierlicher Reduzierung gesellschaftlicher Ängste, Vorurteile und deren Folgen in Gang bringen (Vgl. Baumann 2000, S. 94). Bereits in Schulen könnte man eine altersadäquate Auseinandersetzung mit psychischen Problemen und Krankheiten in den Unterricht integrieren. Dies könnte die Chance für eine wirksame psychosoziale Prävention auf breiter Basis darstellen (Vgl. ebd.). Das Stigma, welches psychischen Krankheiten anhaftet, könnte durch die schulische Auseinandersetzung mit der Thematik, sowie durch die Diskussion der Problematik von Normalität und sozialer Abweichung, relativiert werden (Vgl. ebd. S. 96). Aufklärungsarbeit und Informationsvermittlung ist daher eine Prämisse in der Sozialen Arbeit um eine Verbesserung der Situation betroffener Familien zu schaffen. Denn wenn Menschen über die Problematik aufgeklärt sind, werden sie, wenn sie damit konfrontiert werden, weniger erschrocken und unsicher reagieren, als wenn ihnen die Krankheit völlig fremd wäre. Somit kann eher Verständnis aufgebracht und sogar Hilfe angeboten

werden (Vgl. ebd. S. 93). „Ohne Öffentlichkeitsarbeit, die auf das schwierige Schicksal von Kindern psychisch kranker Eltern aufmerksam macht und der es gleichzeitig gelingt, einen Abbau der gesellschaftlichen Tabuisierung der Psychiatrie und ihrer Patienten zu initiieren, werden viele Hilfemöglichkeiten brach liegen.“ (Baumann 2000, S. 97)

6.2 Stärkung der Kooperation von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie

Für die Kinder- und Jugendhilfe ist festzustellen, dass der Umgang der Fachkräfte mit psychisch erkrankten Elternteilen und deren Kindern oftmals von Unsicherheit geprägt ist (Vgl. Schone & Wagenblass 2006, S.7). Aus diesem Grund stoßen sie teilweise an Grenzen und können deshalb oftmals nur unzureichend auf die speziellen Bedarfe dieser Kinder eingehen. Mitarbeiter der Jugendhilfe sollten differenziertes Wissen über psychische Krankheiten sowie über die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung erwerben um mehr Handlungssicherheit zu gewinnen. Umgekehrt fehlt es den Mitarbeitern der Gesundheitsdienste an speziellem Wissen zum Beispiel über entwicklungspsychologische Aspekte im Kindesalter bzw. grundlegende Dinge im Bezug auf Angebote der Jugendhilfelandchaft. Schmutz sieht auch eine unzureichende Verankerung des Themas Elternschaft in der psychiatrischen Behandlung und Therapie. Dies ist das Resultat aus einer intrapersonellen Arbeitsweise der Psychiatrie, dass heißt, diese hat das soziale Umfeld mitunter nicht regelhaft im Blick. Diese Probleme müssen durch die enge Zusammenarbeit der verschiedenen Institutionen sowie zusätzlichen Weiterbildungen angegangen werden. Um die Situation der betroffenen Familien zu verbessern, sollte das Leistungsspektrum der Jugendhilfe transparenter gemacht werden. Eine Art aufsuchende Hilfe durch regelmäßige offene Sprechstunden in psychiatrischen Kliniken durch VertreterInnen des Jugendamtes, könnte eine Möglichkeit sein, um betroffenen Eltern den Zugang zum Jugendamt zu erleichtern. So könnte zumindest teilweise dem Phänomen entgegengewirkt werden, dass Hilfemaßnahmen oftmals erst zu spät einsetzen, wenn ein Verbleib der Kinder in der Familie nicht mehr möglich ist.

Im § 81 SGB VIII wird die Zusammenarbeit der Kinder- und Jugendhilfe mit anderen Leistungsträgern und Organisationen, welche durch ihre Funktion eng mit den Lebenswelten von Kindern und Familien verbunden sind, gesetzlich klar geregelt. Darunter werden auch jegliche Einrichtungen des Gesundheitswesens gezählt. Im

Gesetzeskommentar des SGB VIII wird allerdings die Kooperation mit der Erwachsenenpsychiatrie nicht ausdrücklich als Inhalt der Zusammenarbeit zwischen Gesundheitssystem und Jugendhilfe erwähnt (Vgl. Münster, Meysen & Trenczek 2009, § 81 Rn. 11). Dies zeigt auch wie wenig sich die Sozialforschung bisher mit dem Thema Kooperation auseinander gesetzt hat. Häufig diskutiert die Fachöffentlichkeit darüber, dass effektive Kooperationsstrukturen geschaffen werden müssen, um den betroffenen Kindern und ihren Familien individuelle Hilfen zugänglich zu machen. Empirische Studien, welche sich der Frage widmen, wie Kooperation in der Praxis umgesetzt wird, welche förderlichen und hinderlichen Bedingungen existieren und welche Schwierigkeiten mit Kooperation verbunden sind, gibt es allerdings nur wenige (Vgl. Schone & Wagenblass 2006, S. 32). Laut Lenz gibt es eine Reihe von Anforderungen, welche an die beteiligten Institutionen und deren MitarbeiterInnen gestellt werden. Eine wichtige Voraussetzung für das Gelingen einer Kooperation, ist die Bildung fallübergreifender Arbeitskontexte, in denen sich VertreterInnen verschiedener Einrichtungen regelmäßig treffen (Vgl. Lenz 2008, S. 156). Erst ein solches Setting ermöglicht den Aufbau vertrauensvoller Beziehungen und gegenseitiger Akzeptanz sowie das bessere Kennenlernen von Aufgaben, Zuständigkeiten, Arbeitsabläufen und professionellen Handlungslogiken (Vgl. ebd.). Diese Aspekte bilden das Fundament für den Aufbau verbindlicher Kooperationsstrukturen. Laut Schone & Wagenblass ist Kooperation ein langwieriger Prozess, der ohne Investition von Zeit, Engagement und Ressourcen nicht gelingen kann. Darüber hinaus sind Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie zwei verschiedene Systeme, welche in unterschiedlichen Aufträgen aufeinander prallen. Dies gilt als zusätzliche Erschwernis, da es Spannungsfelder in der Kooperation erzeugen kann, die einer systematischen Vernetzung im Wege stehen. Beide Systeme sind daran interessiert, ihre Arbeit so gut wie möglich zu verrichten, ohne sich für einen Zugang zu dem anderen System zum Zwecke der Kooperation verantwortlich zu fühlen. Dennoch zählt eine bessere Vernetzung der beiden Einrichtungen, sowie eine gezielte Berücksichtigung betroffener Kinder, als grundlegende Bedingung für die vorbeugende Arbeit mit Familien bzw. Kindern mit psychotischen Eltern (Vgl. Baumann 2000, S. 99). Die Zusammenarbeit verschiedener Stellen muss gewährleistet sein, um die betroffenen Kinder und Jugendlichen mit entsprechenden Hilfeangeboten zu erreichen.

6.3 Sensibilisierung und Qualifizierung von Fachkräften in Regelinrichtungen

Der psychiatrische Behandlungsauftrag bezieht sich nur auf den erkrankten Elternteil und hat damit die Problemlage der „kleinen Angehörigen“ nicht regelhaft im Blick. Die Jugendhilfe wird in der Regel nur dann auf Kinder psychisch kranker Eltern aufmerksam, wenn diese Kinder durch ihr Verhalten auffällig werden, also wenn es für eine präventive Hilfe zu spät ist. Selbst reklamieren Eltern einen Anspruch auf HzE häufig nicht, da sie Angst haben, auseinander gerissen zu werden. Durch die gesellschaftliche Tabuisierung bleibt die schwierige Situation der Kinder oftmals unbemerkt, da sich die Familien aufgrund der Stigmatisierung isolieren und somit keine Hilfe zulassen. Deshalb ist es zwingend erforderlich den Blickwinkel für die Situation der Kinder aus unterschiedlichen Perspektiven zu schärfen. Das Fachpersonal in sämtlichen Einrichtungen der Kinderbetreuung (Krippen, Kita, Hort, u.a. Kindergruppen) sollte speziell auf die Situation der Kinder psychisch erkrankter Eltern aufmerksam gemacht werden. Sämtliche AkteurInnen der Jugend- und Erziehungshilfe (Erziehungsberatungsstellen, offene Jugendarbeit, Jugendberatungsstellen, Frühförderstellen, etc.) sollten sich ebenso eingehend mit der Problematik befassen. Eine Sensibilisierung auf diesem Gebiet ist deshalb so bedeutsam, weil dadurch betroffenen Familien präventive Hilfen und niedrigschwellige Angebote nahe gelegt werden können. Somit kann einer möglichen Kindeswohlgefährdung frühzeitig entgegengewirkt werden. Mit dem größeren Bewusstsein für die spezifischen Risiken von Kindern mit psychisch kranken Eltern könnten Einrichtungen der Kinderbetreuung ebenso Handlungsmöglichkeiten für frühe Förderung entwickeln. Eine Förderung von kindzentrierten Resilienzprozessen kann dazu beitragen, dass Kinder sich trotz großer Belastungen, gesund entwickeln können. Betroffene Kinder benötigen Bewältigungsstrategien als aktive Verhaltensweisen, um die speziellen Anforderungen zu bestehen. Je mehr ein Kind fähig ist, unterschiedliche Bewältigungsstrategien zu unterschiedlichen Zeitpunkten einzusetzen, umso besser wird es mit den Belastungssituationen umgehen können.

7 Schlussbetrachtung

Die psychische Störung eines Elternteils beeinträchtigt das familiäre Gemeinschaftsleben ganz erheblich. Am stärksten trifft es die Kinder, wenn ihr Bedürfnis nach Sicherheit, Geborgenheit und Zuwendung keine Berücksichtigung mehr findet. Das Gleichgewicht ihrer Umwelt ist gefährdet.

Eltern mit psychischen Erkrankungen können in akuten Krankheitsphasen vorübergehend nicht in der Lage sein, die Erziehung der Kinder emotional zugewandt und in der für die positive Entwicklung der Kinder notwendigen Zuverlässigkeit zu leisten. In diesem Fall können Eltern aufgrund ihrer Belastungssituation mit den Aufgaben des Alltags und der gleichzeitig notwendigen Versorgung und Erziehung ihrer Kinder alleine überfordert sein. Die sich daraus ergebenden Belastungen der Kinder sind vielfältig. Sie reichen von mangelnder Befriedigung von Grundbedürfnissen bis hin zu altersinadäquater Verantwortungsübernahme für Haushalt und Geschwister durch das Kind.

Eine schwerwiegende, chronifizierte Störung, wie sie bei Frau K. vorliegt, hat oftmals wenig Chancen auf vollständige Heilung. Die Betroffenen können allerdings lernen, wie sie im Alltag besser mit ihrer Beeinträchtigung umgehen können. Dazu müssen die Betroffenen zunächst ein Verständnis für ihre Störung entwickeln und sich über die Auswirkungen bewusst werden. Bei bestehender Krankheitseinsicht kann nun ermittelt werden, was diejenige Person per se nicht leisten kann bzw. welchen Unterstützungsbedarf sie in akuten Krankheitskrisen hat. Dieser Mangel an Fähigkeit muss aufgegriffen werden und durch andere Personen kompensiert werden. Jene Aufgaben, die für den psychisch kranken Elternteil nicht zu bewältigen sind, leisten nun zum Beispiel Verwandte oder Sozialpädagogen. Gewisse Dinge können Eltern nachträglich nicht mehr erlernen. Wenn beispielsweise ein Elternteil zu seinen Eltern keine tragfähige, verbindliche und feste Beziehung erlebt hat, kann dieser zu seinen eigenen Kindern eine solche ebenso nicht aufbauen. Ein Drama der Wiederholung setzt ein. Es handelt sich hierbei also um eine generationsübergreifende Problematik – deshalb ist das Ansetzen von frühzeitiger Hilfe unabdingbar, präventive Unterstützungsmaßnahmen müssen entwickelt werden. Um den Weg für die Präventionsarbeit zu ebnen, ist es zwingend erforderlich, die Tabuisierung und Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen zu brechen. Würde die Gesellschaft mit

dem Thema psychische Krankheit offener umgehen, würden die Probleme der betroffenen Kinder auch eher wahrgenommen werden. „Psychische Krankheit braucht mehr Selbstverständlichkeit; ihr gesellschaftlicher Stellenwert muß dem Niveau körperlicher Krankheit angeglichen werden.“ (Baumann 2000, S. 112). Ich denke durch Jahrhunderte lange Internalisierung gesellschaftlicher Denkstrukturen ist der Abbau von Stigmatisierung psychischer Erkrankung sehr schwer zu bewältigen. Dennoch erscheint es mir als die wichtigste Voraussetzung um die Situation betroffener Kinder langfristig gesehen zu verbessern.

Weiterhin denke ich, dass gerade bei chronifizierten Diagnosen ein Umdenken stattfinden muss, da in manchen Fällen ein Befähigen der Eltern, die Erziehungsaufgaben selbstständig zu meistern, nicht gelingen kann. Die Familie muss vielmehr dazu befähigt werden, dass sie Experten für ihre Nöte werden und sich in entsprechenden Situationen Hilfe organisieren und diese dann auch annehmen.

Wie bereits in Kapitel 5 aufgezeigt, beschäftigen sich aktuell mehrere Projekte mit dem Thema „Kinder psychisch kranker Eltern“. Dies zeigt, dass diese spezifische Problematik immer mehr in den Fokus der Fachöffentlichkeit gerät. Dennoch muss eine Öffnung für diese Thematik weiterhin intensiviert und verfolgt werden.

Zukünftig sollte über eine Installierung eines dauerhaften Hilfesettings nachgedacht werden. Allerdings existieren auch hier, wie bei jeder Methode, Schattenseiten, welche natürlich auch ins Bewusstsein geraten sollten.

Neben den Überlegungen zur Entwicklung geeigneter Hilfesettings sollte sich vor allem der Gesetzgeber darüber Gedanken machen, wie die Zuständigkeiten klarer gefasst werden können. Denn offensichtlich erklären sich sowohl die Kinder- und Jugendhilfe, als auch die Erwachsenenpsychiatrie für unzuständig. Diese beiden Professionen müssen jedoch zusammenarbeiten um eine Lösung des Problems erreichen zu können.

8 Literaturverzeichnis

- Baumann, Kerstin Katharina** (2000): „Ver-rückte Kindheit“. Probleme und Hilfemöglichkeiten bei Kindern psychisch erkrankter Eltern. Tectum Verlag Marburg
- Behla, Yvonne** (2008): Psychisch kranke Eltern, für Kinder (k)ein Problem? Bewältigungsstrategien der Kinder und Unterstützungsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit. Diplomica Verlag Hamburg
- Bernart, Yvonne & Krapp, Stefanie** (1998): Das narrative Interview. Ein Leitfaden zur rekonstruktiven Auswertung. Forschung, Statistik & Methoden. Band 2, Landau Verlag Empirische Sozialpädagogik
- Bräunig, P.; Krüger, S.; Rosbänder, Y.** (2005): Kinder bipolar erkrankter Eltern. Wenn sich die bipolare Erkrankung eines Elternteils auf die Kinder auswirkt. Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. Norderstedt: Books on Demand GmbH
- Dilling, H.; Mombour, M.; Schmidt, M. H. & Schulte-Markwort, E.** (2006): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kpitel V(F). Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. 4. Auflage, Verlag Hans Huber
- Gaebel, Wolfgang; Möller, Hans-Jürgen & Rössler, Wulf** (2005): Stigma – Diskriminierung – Bewältigung. Der Umgang mit sozialer Ausgrenzung psychisch Kranker. 1. Auflage, W. Kohlhammer GmbH Stuttgart
- Glinka, Hans-Jürgen** (2003): Das narrative Interview. Eine Einführung für Sozialpädagogen. 2. Auflage, Juventa Verlag Weinheim und München
- Groß, Thomas M.** (2000): Das Stigma psychischer Erkrankungen. Theorien und Methoden. 1. Auflage, AFRA-Verlag

- Hambrecht, Martin** (1996): Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik. Ein Kompendium. Quintessenz MMV Medizin Verlag GmbH, München
- Hantel-Quitmann, Wolfgang** (1997): Beziehungsweise Familie. Arbeits- und Lesebuch Familienpsychologie und Familientherapie. Band 3 Gesundheit und Krankheit, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau
- Huber, Michaela** (1995): Multiple Persönlichkeiten. Überlebende extremer Gewalt. Ein Handbuch. Die Frau in der Gesellschaft. Fischer Taschenbuch GmbH
- Koch, Günther & Lambach, Rolf** (2000): Familienerhaltung als Programm. Forschungsergebnisse. Votum Verlag GmbH Münster
- Lamnek, Siegfried** (1990): Theorien abweichenden Verhaltens. Eine Einführung für Soziologen, Psychologen, Pädagogen, Juristen, Politologen, Kommunikationswissenschaftler und Sozialarbeiter. 4. Auflage, Wilhelm Fink Verlag München
- Lenz, Albert** (2008): Interventionen bei Kindern psychisch kranker Eltern. Grundlagen, Diagnostik und therapeutische Maßnahmen. Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
- Lenz, Albert & Jungbauer, Johannes** (2008): Kinder und Partner psychisch kranker Menschen. Belastungen, Hilfebedarf, Interventionskonzepte. dgvt-Verlag Tübingen
- Lingg, Albert & Theunissen, Georg** (2008): Psychische Störungen und geistige Behinderungen. Ein Lehrbuch und Kompendium für die Praxis. 5. Auflage, Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau
- Mattejat, Fritz** (1993): Subjektive Familienstrukturen. Hogrefe - Verlag für Psychologie, Göttingen

- Mattejat**, Fritz (1985): Familie und psychische Störungen. Eine Übersicht zu den empirischen Grundlagen des familientherapeutischen Ansatzes. Ferdinand Enke Verlag Stuttgart
- Müller**, Katrin (2008): Kinder psychisch kranker Eltern. Lebenswelten und Hilfemöglichkeiten bei Kindern schizophren und affektiv erkrankter Eltern. Diplomica Verlag GmbH Hamburg
- Münder**, Johannes; **Meysen**, Thomas & **Trenczek**, Thomas (2009): Frankfurter Kommentar SGB VIII. Kinder- und Jugendhilfe. 6. Auflage, Nomos-Verlag
- Pretis**, Manfred & **Dimove**, Aleksandra (2004): Frühförderung mit Kindern psychisch kranker Eltern. Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München
- Przyborski**, Aglaja & **Wohlrab-Sahr**, Monika (2010): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. 3., korrigierte Auflage, Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH
- Rauchfleisch**, Udo (1981): Dissozial. Entwicklung, Struktur und Psychodynamik dissozialer Persönlichkeiten. Kleine Vandenhoeck-Reihe
- Remschmidt**, Helmut & **Mattejat**, Fritz (1994): Kinder psychotischer Eltern. Mit einer Anleitung zur Beratung von Eltern mit einer psychotischen Erkrankung. Hogrefe-Verlag, Göttingen
- Rothe**, Marga (2011): Sozialpädagogische Familien- und Erziehungshilfe. Eine Handlungsanleitung. 6. Auflage, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart
- Schmutz**, Elisabeth (2010): Kinder psychisch kranker Eltern. Prävention und Kooperation von Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. Eine Arbeitshilfe auf der Basis von Ergebnissen des gleichnamigen Landesmodellprojektes. Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz. Books on Demand GmbH, Norderstedt

Schone, Reinhold & Wagenblass, Sabine (2006): Kinder psychisch kranker Eltern zwischen Jugendhilfe und Erwachsenenpsychiatrie. 2. Auflage, Juventa Verlag Weinheim und München

Schone, Reinhold & Wagenblass, Sabine (2010): Wenn Eltern psychisch krank sind... Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster. 3. Auflage, Juventa Verlag Weinheim und München

Steden, Hans-Peter (2006): Denken und Handeln mit Gefühl. Lambertus-Verlag, Freiburg

Weingarten, Gisela (1969): Die Beziehungen zwischen den Krankheitsbedingungen chronisch-schizophrener Mütter und den Entwicklungsbesonderheiten ihrer Kinder (Risiko-Mutter und Risiko-Kind). Inauguraldissertation an der Medizinischen Akademie „Carl Gustav Carus“ Dresden

Wiegand-Grefe, Silke; Halverscheid, Susanne & Plass, Angela (2011): Kinder und ihre psychisch kranken Eltern. Familienorientierte Prävention – Der CHIMPs-Beratungsansatz. Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG

Wildwasser Bielefeld e.V. (Herausgeberinnen) (1997): Der aufgestörte Blick. Multiple Persönlichkeiten, Frauenbewegung und Gewalt. Erweiterter Sammelband zum ersten bundesdeutschen Kongreß mit dem Schwerpunkt Multiple Persönlichkeitsspaltung. Wissenschaftliche Reihe, Band 94, Kleine Verlag Bielefeld

Internetseiten

Beeck, Katja (2008): Material, Archiv. www.netz-und-boden.de

verfügbar am 06.02.2012

Bundesministerium für Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2009):

13. Kinder- und Jugendbericht. <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/16/128/1612860.pdf>,

verfügbar am 12.01.2012

http://www.dji.de/bibs/64_12095_Expertise_Frindt.pdf verfügbar am 12.12.2011

<http://www.sowi.rub.de/mam/content/fakultaet/diskuss/dp10-1.pdf>

verfügbar am 05.12.2011

9 Erklärung zur selbständigen Anfertigung der Arbeit

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Dresden, den 16.02.2012

Bearbeitungsort, Datum

.....

Unterschrift

10. Anhang zur Bachelorarbeit